GOD'S

[美] 维多利亚·斯威特 —— 著　　王君 —— 译

HOTEL

与 1686 位 患 者 的 生 命 对 话

天堂中转站

衰老如影随形，死亡将至，是流落街头还是接受救助？

忍受疾病和失去自由，哪一个更让人无法忍受？

面对疾病，急功近利和慢慢恢复，哪一个更有效果？

天堂很近，但人间很暖。

中信出版集团

版权信息

书名:天堂中转站

作者:[美]维多利亚·斯威特

译者:王君

ISBN:9787508693514

中信出版集团制作发行

献给我的父母

以及

旧金山深池医院的患者们

媒体评论

这本书堪称同题材作品中的翘楚，读来酣畅淋漓，让人心旷神怡。仔细品味，就会发现书中充满深意的精神内核给灵魂带来的震撼，就好像猛地饮下一口杜松子酒，余香缭绕，回味悠长。在我们身边不乏描写时间与疗愈的作品，它们同样雄辩滔滔，提醒着人们重视时间对治疗的重要性，而《天堂中转站》的精湛之处在于，斯威特博士用贯穿几个世纪的完整视角清楚地展现了慢疗的力量，让人无法回避，更难以忘记。

——《纽约时报》

《天堂中转站》让我们拥有了看待疾病护理的颠覆性视角，具有启迪性。

——《名利场》

作者的笔触优美，立意深远。贯穿全书的许多隐喻都充满诗意，指向神秘的精神世界。读者并未因此觉得晦涩难懂，盖因作者以科学家的理性视角，将读者带回了现实世界。读完此书，无论你是慢疗的拥趸还是持怀疑态度的不可知论者，都会理解并认同她对于医学实质的定义，即医疗事业不仅是一份谋生的工作，而且是一种使命和呼召：医患之间永远拥有一种世间独特的爱。

——《纽约书评》

斯威特用优美的笔触讲述了深池医院里发生的形形色色的故事。她写出了那一条将深池医院里的人们紧密团结在一起的精神纽带。无论是医患间还是医生之间，如此真挚的情感在医疗界是罕有的，可能随着深

池医院的拆毁，我们再也不可能见到了。《天堂中转站》是一本有重要意义的书，它引导我们去思考，在当今时代，医学的真谛究竟是什么。所有“医疗圈”的人都应该读一读，特别是那些渴望了解医学中人性课题的人。

——奥利弗·萨克斯

医学博士，著有《错把妻子当帽子》

本书讲述了一家出色的医院和医院里伟大的患者间的故事，情节感人至深，令人动容。《天堂中转站》让我们深刻地了解到了现代医学的转变：从人本的关怀照料到工业化的健康监护。本书的作者，也是深池医院的医生维多利亚·斯威特向读者们展示了一位医生坚守的精神和悲天悯人的情怀。字里行间闪烁着作者智慧的哲思和高超的讲述技巧。

——朱莉·萨拉蒙

引言
我与天堂中转站的缘起

我与天堂中转站的缘分，始于医学院病理学专业的临床实习，也正是在这里，我完成了职业生涯中的首次尸体解剖。

毋庸置疑，作为一名医学院的学生，我早在刚入学第一个月就接触过尸体，甚至参与过解剖。然而，那时接触的尸体，很显然是经过甲醛处理、放置已久的标本，整个尸身早已和甲醛融为一体，并散发着浓重的气味，我的手也因为触碰过多而生出了褶皱。若不是浓烈刺鼻的甲醛气味，我常常忘记这些看起来和塑料制成的模型别无二致的是尸体标本。

犹记得当掩盖着这具尸体面部的白布被揭开时，我震惊了，一眼认出这就是贝克先生！他是我行医生涯的首批临床患者之一。贝克先生身形矮小而结实，吸烟导致的支气管炎使他的面部常显紫绀（发绀），肺气肿导致了肺功能受损和桶状胸。贝克先生也因此脖颈短粗，声音沙哑。他的病情还使得他的动静脉供血不畅。即便如此，我记忆中的贝克先生依然是一位善解人意、乐观开朗且积极活跃的人。正因为如此，我坚信他一定会治疗顺利，康复出院。可是事与愿违。

面对着这具尸体，我竟开始恍惚了。我深知这就是逝去的贝克先生，可不知为什么，又与我记忆中的那个人有所不同。更确切地说，这更像是贝克先生的蜡像，就像在蜡像馆展出的克拉克·盖博和温斯顿·丘吉尔的蜡像一样——看起来与本人一样，但并不是本人。

我回过神来，病理科医生已经打开了电锯，准备解剖这具尸体。我

看着他打开贝克先生的胸壁，取出两个蜂巢状、水肿的肺叶。两个肺叶随即按照先右后左的顺序被分别称重。然后他取出心脏，并在称重后以克计重。我注意到，心脏的右侧因为受到肺部疾病的影响而肥大增生。完成胸腔部分的解剖后，病理科医生打开了尸体的腹腔，依照前面的方式分别对肝、脾、胰腺和肾等器官进行了摘取和计重。除了器官，病理科医生还检查了尸体中大大小小的血管，并对其状况进行标注。随后，他打开尸体的头部，大脑露了出来。我所看见的，和你们在书本上看到的图片一样——那灰色的、海绵状的大脑，呆板而无趣。如此这般操作之后，贝克先生完成了他的“使命”，我们完成了解剖。结束了，仅此而已，没有人会为这一切多费任何心思。

这件事之后，我陷入了一种不明来由的沮丧情绪之中。病理科医生手中那些微微颤动的内脏器官中，仿佛不存在任何人力未曾发现、不可发现或者无法开启的隐匿之处。放眼望去，除了内脏本身，再无其他可被洞悉。随着尸检的完成，贝克先生的身体好似一件破旧的衣衫，被置于角落无人问津。不可否认，贝克先生彻底消失在了尘世中，他与这尘世再无瓜葛了。

我感到有些东西消失了，可又说不上具体是什么。是贝克先生的呼吸吗？还是他的一举一动？抑或是他指尖的温度？此后，我再回忆起这个瞬间的时候，才意识到，当时消失不见的是最后一个无法打开的片状组织，就好像一个展开的棒球边角处的细小碎片。而这个细碎的存在，是贝克先生留在这世上唯一不可抹去的痕迹，即便锋利如病理科医生的电锯，亦不可割开它，更无法摧毁它。然而，我却无法看到它。

许久之后，我了解到医学上曾经对这“生者有而逝者无”的物质有过界定，还赋予它两个名字。它是拉丁语中的“圣灵”（spiritus），也是英语中的“精气神”（spirit），尽管前者听起来没有后者那么脆弱而易逝。圣灵即呼吸，是生命有规律的、有节奏的呼吸，它随着弥留者的最后一次呼气而消失，猝不及防地离开了死亡的身体。

除了圣灵，先哲们亦称其为“生机”（anima），或者“灵魂”（soul）。相比之下，生机更好地体现出除呼吸之外，活着的贝克先生和贝克先生尸体间的第二个巨大差别，那就是生命活动。生机是激活并驱动身体的一种无形之力，它不仅意向明显而且作用于不知不觉间，因此鲜活生命体每时每刻都不停顿地进行微小的活动。由此而言，它与灵魂这个抽象概念不可完全等同。它体现在手指的微微颤动，展示于激荡在身体中心脏的每一次怦然，让我们的胸膛温和地上下起伏。这种感知让我们确认生命的存在。古代医学早已证明，生机与圣灵一样，会随着生命的消逝而消失。

当我进入医学领域时，生机和圣灵早已不是医学词汇了。于是，当绞尽脑汁力图表述我看到的关于贝克先生尸身所经历的一切时，我不免词穷。或许我应该使用“尸体解剖”来描述这一过程——它来源于希腊语，意为“亲自去看”。这个词的使用让前述的两个拉丁语词anima和soul淡出了西方词汇。或许，它们早已和贝克先生体内那个无法被探知的黑色匣子一样消失无踪了。

然而，在我目睹解剖过程的时候，我并未想过贝克先生的灵魂抑或生机已经离开了他的躯体。那时的我甚至不知道这两个概念是否曾经存在过。我能做的，就是默默地将贝克先生那被放置于无菌病房角落、如起皱的衣衫一般残破的躯壳，深藏在了脑海里。

*

当年，我的家人在得知我志在学医时，他们惊讶极了。我出生于一个商人与学者辈出的家庭，我的家人甚至整个家族中，从来没有一个人从事医生这个职业。对于他们来讲，医学显得过于理性和缺乏人情味儿。对此，我亦有同感，但仍然被它的另一面吸引。通过医学，我有探知几个终极概念的可能，例如死亡、复活、天堂、地狱和炼狱，此外，令我高兴的是，医学也让我尽可能平等地对待所有人。总之，我最终消除了家人们的疑虑，通过稍显人情味的精神病学这条途径进入了医学的

世界。随着学习的深入，卡尔·荣格[注]的著作令我深深着迷，以至于产生了复刻他的人生的想法。我憧憬着如荣格一样，每天早晨在苏黎世湖畔的石屋里治疗那些聪慧且收入体面的患者，下午则用来写作或者授课。

在大学医学院度过了两年的时光后，我习得了一些基础的医学知识，例如解剖学、生理学、生物化学和药理学。接下来是两年的临床实践，我们将把自己学到的理论知识运用到诊治患者的实践中。起初，我并未料到自己会喜欢这两年的临床经历，但事实证明，我确实乐在其中，甚至尝试将许多心理治疗方法运用到临床实践中。由此，我发现自己钟情于探究病人的"既往历史"——患者述说的陈年故事，因为这其中往往隐藏着影响其病情的真相；我也喜欢给病人进行体检，因为他们的身体就好像一本书，如果我可以读懂，就能够找到治疗的良方；我还发现自己善于分析事实继而直抵结论，即确诊、治疗并制订康复方案。

在医学院完成了理论学习之后，我开始接受治疗精神疾病的训练，为日后成为精神科医生做准备。我在训练开始不久后便意识到，精神疾病的治疗方法自荣格时代起，就发生了很大的变革，更多被界定为一种由内分泌失调而导致的脑部疾病，其治疗方式也由过去的心理分析转为药物治疗，而且后者的效果异常显著。因此，我放弃了成为精神科医生的初衷，转而进入了一家县立诊所行医。随后，我又进入了一家远离城市的私立医院，继续治病救人。最终，为了获得更全面的训练，我返回了医学院且圆满地完成了为期三年的临床实习。在此之后，我就职于一家社区诊所，并担任医务部主任。

回顾学习和实习的那些年，我越来越为现代医学在诊断和治疗方面强大的逻辑性所震撼。与此同时，时而出现的一些情景也令我困惑不已，比如面对贝克先生的遗体。这样的时刻还有新生儿的诞生、生命的逝去、对即将患病的奇妙感应等等。这一切都产生于我们共存的、妙不可言的世界。在这个世界中，生命可以产生也可以消亡，种种无形的联

系导致了有形的结果。

我很自然地认为现代医学已经对上述现象有所探究和涉猎，所以，我所要研究的，是现代医学究竟从中发现了什么。在研究中我突然发现，现代医学赋予了这些现象一些生涩的名称，比如“医患关系”、“安慰剂效应”[注]、“身心失调”和“祷告效应”。此外，这些病症还被归到心理学范畴，治疗方式也仅仅是心理分析，全然脱离了其产生和体现的本体。

有了这些发现，我开始向西医以外的其他医学门类求助，中医和印度医学给了我许多启示。在他们看来，人体不断上演着气血的顺行与阻滞，阴阳的调和与失衡。这是一个真正有血有肉的躯体，蕴含了我从患者身上看到的顽强生命力。然而，美中不足的是中医和印度医学背后的语言及文化根基太深厚，在我学习和理解的过程中，感受到了深深的困难和阻碍。

正在我意志消沉的时候，偶然发现的一本书令我豁然开朗。它由拉丁语翻译而来，记载了中世纪时德国修女宾根的希尔德加德（Hildegard of Bingen）的行医见闻。希尔德加德是20世纪德国的一名神秘主义者、神学家和医生，甚至还将自己的行医经验辑录成书——《希尔德加德的医学》（*Hildegard ofBingen’s Medicine*）。尽管这本书算不上是宏伟巨著，[注]但它却是振奋人心的。因为书中所描述的医学世界，正包含了我学医及行医多年所观察到的种种现象，而这些现象，也是现代西方医学中熟知和常见的内容。

于是，我开始潜心研究希尔德加德的医术。在阅读中，我逐渐发现我们的现代医学并非首个解释人体构造的西方体系，而是第二个。在我于医学院中所学习到的现代医学还原论诞生之前，早已有一个与之截然不同的西方医学体系。这个“前现代医学[注]体系”起源于公元前5世纪的希波克拉底[注]时期，它讲述了当时人们对于人体的普遍认知。研究希尔

德加德的著作时，我发现“前现代医学体系”的研究方法并非机械的，即它并不将人体看作运行中的机器，因此，疾病也就不能等同于机械故障了。

我不禁开始好奇，如果2500年前的人们不将人体看作机器，那么他们究竟是如何看待人体的呢？西方世界是否已有对活体与尸体间差别的论述，又或者它可以解释我行医生涯中的遭遇吗？还是说，这些解释都已随着现代医学的胜利而泯灭？现代医学能否与其前身合为一体，就好像那些同时展现两种视角的图片，在我们看来，它们只是同一事物的两个方面罢了。

对此，我也仅仅是猜测。它们好像谜题困扰着我，也深深地吸引着我，让我努力寻求答案。

要得到解答，必须付出时间。然而，时间也是被现代医学遗忘的一个概念。在前现代医学的时代，医生尚不被认为是一种职业，而是在家族中代代相传的一门手艺。在这样家庭中出生的孩子，从小便耳濡目染，他们从学徒做起，直至技艺精湛。因此，许多从医者拥有多重身份，其中的精英一边行医一边教学，而大多数人身兼农民、药剂师或者理发师的身份。其实这样好处甚多。对于患者而言，他们可以向同一个人寻求多方面的帮助；而于医生，则可以拓展思路，从不同角度思考问题。

在现代社会中，从医之路仍是艰苦卓绝的。医生的天职迫使他们不管何时何地，都要向自己的患者提供医学及经济上的帮助，繁忙的工作让他们鲜有私人时间，从事兼职更是闻所未闻。现如今，情况已经发生了翻天覆地的变化，医学已经完成了由一门手艺到职业再到商品的身份转变。现代的医疗提供者在市场上公开宣传和售卖自己的商品，即他们的时间。话虽如此，但我花费了数月，还是没能成功地找到既能行医，同时还能攻读医学史博士学位的工作。

*

当我联系到旧金山深池医院的医务部主任梅洁医生时，转机出现了。她在电话中答应给我提供一份兼职医生的工作。要知道，在她所在的医院，许多医生都有“第二身份”，他们是“音乐家”、“雕刻家”、“物理学家”和“修女”。梅洁医生深谙个人时间对于一名医生来说有多么重要，因此给予了我这份兼职工作。

于是，我将信将疑，开车前去面试。

初见深池医院，我大吃一惊。学医的时候，我的一些病人就被送到过这家医院治疗。然而，和城中的大多数医生一样，我从没来过这里，对它的印象仅停留在想象中。我一直认为这家医院应该就像坐落于城市肮脏工业区的一座坚固的停车场，患者被堆叠其中，一个挨着一个，一层接着一层。然而，当我驶入大门，经过废弃不用的门卫小屋时，映入眼帘的是一座清幽但是雅致的建筑，仿若一间12世纪罗马式的修道院。这家医院坐落于山上，粉墙红顶，远处大海的美景尽收眼底。医院的六栋大楼都有着成排的窗户，每座建筑的尽头是一间角楼，燕子在敞开的拱门间来回穿梭。

我与梅洁医生在她的办公室见了面，之后她便带着我参观医院。她首先介绍说，深池医院曾是一家救济院（almshouse），或者用法国人的说法，是“天堂中转站”（Hotel-Dieu）。它是起源于中世纪的一种医院，专门收留和照顾那些生活无法自理的人。她还告诉我，和县医院一样，美国的几乎每一个县都曾经有一家这样的救济院。这两家机构协同合作，县立医院治疗那些身患急性病的人，而救济院收治慢性病患者和身体有残疾的人。当然，这只是理论上的分工，实际情况是救济院收留那些无法在别处容身的人。这里就好像一个收容所，是失业者的聚集地、小客栈、康复中心和医院。不过，在过去的40年中，除了深池医院，美国所有的救济院都难逃被关停的命运。梅洁医生说，深池医院或

许是美国最后一家救济院了，㊟它收容了1178名患者，跟某个村庄一般大。

不知不觉间，我们走到了圣弗朗西斯（Saint Francis）的雕像下。圣弗朗西斯是我们这座城市的守护圣徒，㊟这座木质雕像精巧无比。随后，我们走进了一间宽敞的，拥有落地窗的中央大厅。大厅中，有许多小型的自动贩卖机和圆桌。病人们在这里自由闲适，他们有的吸烟、喝咖啡，有的玩扑克。接着，我们转身推开一扇厚重的大门，穿过一间繁忙的厨房，一间餐厅，接着是医生办公室和护士站，最终抵达一间纵深的敞开式病房。

病床在两边依次排开，一边15张。每张床紧挨一扇敞开的窗户，床边便是一个用于放置患者私人物品的柜子、一张小桌子和一把供探病者休息的椅子。在病房的尽头，是一间充满阳光的玻璃房。这是一间专门为患者设计的日光浴室，他们足不出户便可享受到充足的阳光和清新的空气（角楼也有这样的作用）。梅洁医生说，医院共有38间病房，它们几乎是一模一样的。原因是这家医院早在抗生素被发明之前便已完成设计。一旦医院有传染性疾病暴发，每间病房就可以作为一个隔离病区与医院的其他部分分隔开，然后像一家独立的小型医院那样继续工作。

参观完病房，我们穿过大厅原路返回，大厅里面有一些患者，还摆放着自动贩卖机。我们还路过了一家建于20世纪50年代的美发沙龙，里面陈列着钢盔式的干发机和由瑙加海德革制成的转椅。往里一瞥，还发现了一个微型的红白两色旋转招牌杆。接着，我们上楼参观了铺设着青色瓷砖，摆放着玻璃橱柜的手术室和内设有黑色长凳、显微镜及离心机的实验室。梅洁医生还向我指了指售卖糖果、电池和剃须膏的小商店。此外，她还告诉我图书馆的位置，里面满是书、橡木桌和整齐摆在木架上的报纸。

我们下了好几层楼，来到剧院。水泥地面被精心地粉刷和抛光，红

色的天鹅绒幕布遮住整个舞台，我们身后有一个雕刻精美的木箱。梅洁医生解释说，以前，医院主管的儿子会操纵放映机，在这里为大家放映无声电影。而今，这里被用来举办圣诞表演和情人节舞会。紧邻剧院的是一间小礼拜堂，它绝不是一间近代医院里可有可无的“静室”[注]。深池医院的礼拜堂更像是一间小教堂，其上的彩色玻璃庞大而逼真，放置其中的长椅也由打磨过的木材制成，墙上挂着十字架。

然后，梅洁医生把我带到了户外。

她告诉我，深池医院占地60英亩（约24公顷）。它之所以拥有如此大的面积是因为过去这里更像是一座农场，而非医院。在那时，如果患者的身体条件允许，他们是需要参加劳动的。医院里食用的大部分蔬菜都是自己耕种的。此外，他们还负责生产奶制品，饲养猪、羊和奶牛。洗衣、缝补、维修和做饭等工作也都由他们完成。如果他们不能从事这样的劳动，则会被安排去进行园艺工作。一路走来，我发现了不少从前的果园和花圃，如今依然郁郁葱葱，里面种着苹果树和柑橘树，也有橄榄树和无花果树，树和树间还零星散布着一些草药，比如洋地黄、迷迭香、旱金莲、薰衣草，还有天竺葵和缬草。之后，我们依次参观了最后三个地点——温室、鸟舍和谷仓前的空地。

进入温室，腐殖土和植物的清香气息扑面而来。梅洁医生解释说，每逢周六，治疗师们便把患者带出病房，让他们在户外的木长椅上整理各自的盆栽。在温室旁边的鸟舍里，饲养了鸽子、长尾小鹦鹉和家禽，还有一台孵化器专供孵化幼鸟。之后，我注意到艾滋病病房有自己专用的孵化器和一只专属的母鸡。它在病房里悠然散步，在病床边啄食。后来，州政府发现了这件事就把鸡带走了，对于它后来的命运，我们除了猜测之外一无所知。

最后，我们来到了谷仓前的空地。谷仓的右边是木制的兔笼，左边是鸡舍，两只小黑猪在中间的绿色稻草上自由活动。在谷仓后一道矮小

的栅栏后面，是饲养鸭鹅的池塘及火鸡和两只山羊生活的小山丘。梅洁医生介绍说，节假日期间，心理医生们也会将一些动物装在小车上，送去看望那些只能卧床的病人。他们还会给这些动物穿上应景的节日服装——山羊在感恩节会被戴上朝圣者的帽子，火鸡在独立日被戴上墨镜，打上领结。

随后，我们一同返回她的办公室，这里布置得非常朴素——一张大办公桌，一个书架，书架上堆满了报告和手册。办公室的窗户正对着停车场，可以看到救护车进进出出。

梅洁医生给了我这份工作。

其实，我心中充满了疑虑。因为深池医院和我所见过及想象过的任何一家医院都不一样。但就我的时间安排来看，它确实是唯一合适的地方。因此，我接受了这个职位，但我告诉梅洁医生我只想暂时做两个月，我只能做出这样的承诺。当时，我心想，这样任性地孤注一掷，她不一定会答应，因为两个月根本无法完成我要任职的岗位所要求的文案工作。

然而，梅洁医生在这场博弈中似乎胜券在握，因为她知道一个秘密，那就是深池医院仿佛能对来此的医生施加魔咒，让几乎所有一开始只打算在这里工作数月，或者一两年的人，最后都将自己人生的三四十年，甚至五十年都奉献给这里。两年半以前，连梅洁医生自己也只打算在深池医院完成为期四周的咨询工作便离开。

因此，梅洁医生无比笃定我也会顺服于这个魔咒。

事实证明她是对的，我中了魔咒。

岂止两个月，我在深池医院待了二十多年。其间，我完成了对希尔德加德医术的研究，并获得了博士学位。我仿佛经历了一场中世纪朝圣

般的医学之旅，看到了这家由救济院演变而来的现代医疗机构的变迁，无论这样是好是坏，都令我震撼。更重要的是，我照顾和医治了1686名患者。我从他们身上学到的东西，使我彻底改变，也令我用从前无法想象的方法看待医学，治病救人。

出乎意料地，梅洁医生答应了我的两个月之约。

她告诉我，我将被安排到收治病房，接替裘德医生的岗位。裘德医生则调去了其他病房。三周后，我将会正式开始工作。入职当天，我首先得去人事部门签合同，然后到洗衣房拿我的白大褂，接着在收治病房与裘德医生进行工作交接，届时，他会带我参观病房并将他负责的患者移交给我。

---

1. 卡尔·荣格（Carl Jung，1875—1961），瑞士心理学家，分析心理学的创立者。（本书脚注，均为译者注，用方括号标示。尾注均为作者注，用加圈数字标示。）

2. 安慰剂效效应（placebo effect），指一些制剂并无药效，仅对患者产生心理治疗作用。

3. 这的确不是本好书，因为它现代主义的味道太重了。这本书并没有结合时代背景来讨论希尔德加德的医学，与其说这是一本历史学书，不如说它是一本医学书，不过即使如此，这本书还是值得一读。参见Wighard Strehlow等著Hildegard ofBingen’s Medicine（Bear & Company，1988年版）。

4. 前现代医学，本书指从古希腊到19世纪中后期的医学，包含古罗马及中世纪时期医学。

5. 希波克拉底（Hippocrates，前460—前377），古希腊医生，被西方尊为医学之父。

6. 这一点其实很难证实。一开始，深池医院叫作旧金山救济院，而根据医疗保险和医疗补助中心（Centers for Medicare and Medicaid Services）的说法，这是美国最后一家拥有开放式病房的医院，所以这可能使它成为美国最后一家救济院。关于美国的救济院，参见Charles Rosenberg撰写的文章“Almshouse of Hospital: Reforming the Public Hospital”，文章收录于The Care ofStrangers: the Rise of America’s Hospital System（约翰霍普金斯大学出版社，1995年版），以及另一部David Wagner的著作The Poorhouse: America’s Forgotten Institution（Rowman & Littlefi eld Publishers，2005年版）。

7. 旧金山（San Francisco）其实就是西班牙语中的圣弗朗西斯。

8. 静室（Quiet Room），精神病院中强制安静的病房。

第一章
在深池医院的最初时光

入职当天的清晨，裘德医生果然在等候我。

不过我按照梅洁医生的指示，首先去了人事部门，然后去洗衣房领取了一件上浆笔挺、熨烫整齐，还有些许磨损的白大褂。我走上楼去，并沿着走廊穿过了收治病房的两扇门，这才来到医生办公室。这里窄小逼仄，还没有一间单人病房大，但它却让我感到熟悉，这里和我曾经实习的医院一样四面白墙，平淡无奇，但对于日常业务就是照料患者的我们来说，这间办公室又极具实用价值。

裘德医生因为岗位轮换要去其他病房，因此他首先将自己目前负责的患者交接给了我。他表情冷峻，甚至有点沉默寡言。他将病历卡交给了我。在那时，医生们的普遍操作方式是将患者的基本信息备注在这样的卡片上，包括姓名、医疗号码、入院日期、阶段性的诊断结果及用药说明，以备查阅，所以裘德医生也不例外。

裘德医生全程都显得有些局促不安。然而，我们还是一起离开了医生办公室去查房，这样他可以顺便向我一一介绍每个患者并简要介绍他们的病情。仅用寥寥数语总结出患者的病症所在，以及概括其患病的始末并预测病情的发展情况是一门艺术。毫无疑问，裘德先生善于概括总结。

我们查房的第一个患者是塔恩先生。他所患的是帕金森病[注]，由于疾病发作时经常会突然跌倒，所以病历上还标记了髋骨骨折，也正因如此，他的日常用药常需随突发状况而更换。而本图瑞先生因遭遇车祸被

送到这里，目前他的头部创伤和多处骨折正逐渐恢复。戴维斯先生身上也有骨折，并且他还有酗酒问题和糖尿病。老弗莱德因脑部肿瘤而丧失生活能力，同时还在接受血液透析治疗。劳伦兹夫人患有阿尔茨海默病[注]，洛奇夫人正处于脑卒中恢复期，贝蒂·威尔森因双臂、双腿及骨盆的多处骨折而接受治疗，戴芙霖小姐则患上了罕见且无法治愈的脊髓小脑变性症[注]，戴姆宁先生所患的是终末期酒精性肝硬化（terminal alcoholic cirrhosis），尽管他的状况有所好转，但仍然时常被出血、意识混乱和黄疸等症状困扰。

一轮查房下来，我对裘德医生负责的病人状况都比较熟悉了，虽说做不到对每个人都了如指掌，但大致情况都已经了解一二。他们与我在医学院临床实习阶段所遇到的许多病人相似，都是病情复杂、身体孱弱、状况不稳，对他们的用药需要进行严密监控和精准的实验室检测。唯一令我惊讶的是，这样的患者竟然没有被送往急症医院，而是在深池医院休养治疗。然而，我在查房的间隙回忆了一下医学院的最后几年，似乎也能想通他们待在深池医院而不去急症医院的原因。随着一些涉及卫生保健组织（health maintenance organizations，HMOs）[注]和诊断相关组（diagnosis-related groups，DRGs）[注]的医疗经费政策改革，现在的医院和医生是靠“保健”，而非“治病”获得收益的。通常情况下，为了促进卫生保险的提效，医生每月诊治每个病人所获得的收入都是一样的。同样，医院每收治一例患者所获得的收益也都相同，不管其收治的病人病情是轻是重。因此，医生们便只收治病情较轻的患者，医院也刻意缩短每位患者的住院时间，以求在最短的时间内收治最多的患者。然而，我们刚才提到的几位患者，如塔恩先生、戴芙霖小姐和戴姆宁先生，几乎“无健可保”。那么，急症医院为了提高收治率、减少护理上的资金浪费，唯一能做的就是尽快让这样的患者出院。一旦有慢性病护理医院愿意收留他们，急症医院就会毫不犹豫地“甩掉包袱”。在旧金山，愿意接受这些患者的就是深池医院。所以，深池这家慢性病护理医院聚集着病情如此危重的患者也就不足为奇了。

可是见到西克曼先生时，我还是受到了震撼。

裘德医生介绍说，西克曼先生39岁，性格孤僻。据说他曾经露宿街头，没人知道具体情况是怎样的。西克曼寡言少语，因常规肺结核治疗失败而被送到了深池医院。然而，他拒绝服用一日四次的抗结核菌药物，因此，这些细菌在肺内繁殖，导致了肺内脓肿，此时已经无法用药物进行治疗了。医生不得不对西克曼先生进行手术，切除了受感染的肺叶，一同被切除的还有大部分胸壁、数根肋骨、胸骨和皮肤。这样一来，他才可以从内到外恢复。裘德医生告诉我，这种治疗方法非常传统，叫作埃洛塞尔皮瓣治疗窗（Eloesser flap）。早在治疗肺结核的药物问世之前，人们就已经开始使用这种方法了。我们的任务是每天给伤口换两次药，并让西克曼先生按时按量服药。

为了让我今后方便开展工作，裘德医生把我介绍给了西克曼先生。他躺在床上，骨瘦如柴又沉默寡言，只是两眼盯着天花板。裘德医生介绍了我之后，他并未与我握手，甚至都没有转过头来看我一眼。于是，我与裘德医生换了个位置，站到了病床左侧，而裘德医生去了病床右侧，并掀开被子，让我查看西克曼先生被严密包扎的胸口。接着，裘德医生小心翼翼地揭开一层一层的纱布，并将它们放在就近的桌面上。我透过西克曼先生敞开的伤口，看到在那手术造成的巨大空洞旁是脆弱的心脏，它正有节律地怦怦跳动。

这一幕真是令人震惊。

西克曼先生心包上那精巧细致的薄膜，随着心脏的每一次跳动而闪耀光芒。我才反应过来，那纵横在心脏上的，是细小的动静脉血管。这一幕实在太真切了，我眼前是一颗正在跳动的心脏啊！这种真切和首次在解剖课上看到贝克先生的遗体时所感受到的一样。我和裘德医生就这样观察着这颗粉色的、鲜活的、跳动的心脏达一分钟之久，而西克曼先生一直盯着天花板。接着，裘德先生用一块16厘米见方的干净白纱布重新包扎了西克曼先生的肺腔，接着用新的纱布包好心脏，然后用纱布条

固定好胸腔，再将纱布条拉回，绕在西克曼先生的颈部。随后，我们返回了病房前方的医生办公室，裘德医生正式将病历卡和患者交给了我。

*

拉赫曼医生向我讲解了注意事项，她的讲解清晰而简洁。

拉赫曼医生是来自纽约的意大利人的后裔，她为人爽快、幽默、热心且健谈。我被分配到角落里靠近床边的一张老旧的木质办公桌，向窗外望去，可以看到横穿停车场的葱郁群山，还有停车场上来来往往的患者、医护人员和救护车。在这间不大的房间里，还放着一台电脑，以及拉赫曼医生和罗梅罗医生的办公桌、帽架和供患者家属或客座医生来访时休息的椅子。

拉赫曼医生介绍说，罗梅罗医生和芬特医生是收治病房的另外两位负责医生，她们俩轮班负责同一批患者，而且还共用一张办公桌。之后，我对她们的情况进行了详细的了解。罗梅罗医生来自古巴，在佛罗里达州长大，她是家中第一个大学生，考入了常春藤盟校，进入了最好的医学院进修，连婚姻都是顺风顺水的。拉赫曼医生说，她事业心强且语带机锋，但她起初作为年轻古巴女孩和后来聪慧的美国学生这两段成长经历并未完美衔接。这一点就好像一些左右两边未制作对称的塑料娃娃。出了办公室，罗梅罗医生甜美而耐心十足；可一旦走进办公室，她就言语犀利、锋芒毕露，不会对别人做的蠢事一笑而过。

与罗梅罗医生相反，芬特医生的性格表现得稳定而一致。出生于医生世家的芬特医生在办公室内外都温婉而友善。她会因玩笑而莞尔，却从不拿他人开玩笑。拉赫曼医生告诉我，芬特医生对医学了如指掌，但由于谦逊而从不主动炫技。如果我有任何问题，一定要主动提问。芬特医生有强大的医学知识储备，这样她就不用在办公桌上放置医学典籍备用了。因此，她从不占用桌面空间，从邮箱中收取的所有东西，她都将它们摞在桌子的一角。芬特医生不愿意伤害任何人的感情，即便是一个

发传单的人。

我们四位医生负责办理每日的入院手续，将每日收治患者数控制在三至四人。因此，我每天早晨只需负责一位患者入院。要知道，有200来位患者正排队等待入住深池医院[注]，他们是否能获准入院取决于病情的紧急程度和医院的床位空缺。这些患者来自城中各家医院、他们的家中或街头，医生们不停地安排队伍中的患者进入医院。患者们也一个紧跟一个，排在这条命运的队伍中。

几轮熟悉介绍之后，我在这个入职的早晨开始了新的接诊工作。拉赫曼医生告诉我，做入院的全套检查十分费时，这项工作涉及联系患者家属、朋友及曾经负责他们的医生，查看他们的病历和处方记录，从而给他们制订新的治疗计划。作为范例，她向我介绍了昨天接诊入院的一位患者的情况。拉赫曼医生的记录均为手写，[注]她在每一处字母“T”前仔细地勾选，给每一个“I”项目打点以进行标示。这份长达5页的病情检查报告深深打动了我。工作中，她将医学院中学到的知识和做住院实习医生时所积累的丰富经验融会贯通，辅之以自己对工作的深刻理解，造就了其特有的知性美和工作艺术。在不断翻动记录给我讲解表格、介绍各种检查方法和X光机等其他设备和电脑监测系统的同时，拉赫曼医生也在继续向我介绍我将要认识的其他医护人员。

之后，拉赫曼医生带我上了楼，来到了放射科和实验室。她告诉我，我得自己去看检查结果。的确，县医院的放射科医生会在早上来医院帮忙，但拍完片子之后的分析，则必须由我们自己完成。

放射科的两间病房与医生办公室的风格相差无几，也是老式而简朴的风格。第一间房里摆放着透视机，角落里是放射片冲洗机和暗房。这也就意味着我们不必像在标准化的现代化医院一样，仅仅使用放射仪器所设定的拍摄视角。拉赫曼医生指出，标准化的医院放射科除了注册技师，其他人是被限制入内的，可是在深池医院，医生可以与患者一同参

与透视检查，甚至可以告诉患者以何种角度、何种姿势将病灶清晰地暴露于X射线之下以便医生查看。

另一间房则是供医生们观看透视结果的了。这间房的窗户自20世纪40年代起就被遮光条封住了，书架上那些年代久远的透视片落满灰尘，但是依然具有很好的参考价值。一面墙上挂着灯箱，对面墙的柜子里存放着深池医院1178名患者的透视记录。一旦我熟悉了这套档案系统，我就可以看到所有病人的透视片。要知道，这个庞大的体系是没有档案管理人员或者计算机系统进行维护的。

拉赫曼医生还告诉我，在放射科对面的实验室里，我还可以对患者的血液、尿液、唾液及皮肤样本进行检测。她边说边推开实验室的门，这是三间由一条黑色台面的试验台连接着的房间，台面上有煤气喷灯、离心机，更棒的是还有一台显微镜。与显微镜配套的还有一盒载玻片、精巧的盖玻片、擦镜纸和许多瓶化学试剂。[注]介绍完毕后拉赫曼医生关上了实验室和放射科的门，与我一同走回了医生办公室。

深池医院远离城市，四周的群山阻隔了卫生保健组织和各色保险公司的打扰。我对此既惊奇又惊喜，这样一来，我可以躲进深池医院的小楼里，以我想要的方式对医学院里所学的知识进行实践。

*

没过多久，我就形成了自己的工作习惯。

一大早，我就开始查房，接着是上午的新患者接诊工作。到了午后，我会在实验室处理一些检测结果，与患者家属交谈，以及完成常规工作。下午三四点时，医院里的其他医生会来到接诊病房，与我们一同探讨一些疑难杂症，我们会一同查看X光片、给患者做检查及讨论诊断结果。回家以前，我会再查一次房。这一次与病情无关。夕阳西下的时候，我就坐在他们床边，倾听他们每个人的故事。

从初至深池医院到开始攻读博士学位，我一直在医院做着全职工作，一周5天，每天8小时。在完成了每天的工作之后，我才有时间进行前现代医学的学术研究。我负责的患者总是病情不乐观，特别是一到周一和周五，他们的情况就更糟了。一方面，周末的时候他们没有了医生全天候的照顾，只有在紧急情况下才能得到住院内科医生的治疗，这就导致了周一情况严峻。另一方面，最危重的患者总是在周五下午被收治入院。我在前面曾经提到过，这样的患者往往会被急症医院拒绝，而且这些医院会在周末到来前进行人员的清理。

但这并不意味着在周一到周五有专职医生看护的情况下深池医院患者们的病情就会十分稳定。我们将收治病房的36名患者分成三组，我、拉赫曼医生及罗梅罗医生和芬特医生（她们一同负责一组）各负责12名。这个工作量与我在急症医院担任实习医生的时候差不多，所负责患者的危重程度也相差无几，且早在裘德医生跟我做工作交接时，我已经有了这样的思想准备。这么一来，我认为收治病房的氛围还是舒适的，同事间的关系也平等融洽，我十分满意。之所以说舒适，是因为在环境上这里与我之前所处的办公室非常相似，虽小却不显局促，有木质的桌子、敞亮的窗户和丰富的藏书。此外，我在这里体会到了温暖。我肩负着众多患者的嘱托，每天都在早晨的紧凑工作中开始，在下午舒缓放松、晚上宁谧暖心的交谈中结束。

说收治病房的同事关系平等融洽，真的恰如其分。不大的办公室里，汇集着四位经验丰富的专业医生，我们取长补短，乐于互相帮助。我们四个人的从医年限加起来超过了60年，因此，很少有疑难杂症是我们几个都认不出来的。有句医学谚语，叫作“小病常有”，可深池医院的真实情况却是“大病不断”。

总的来说，这里的工作环境确实令人满意，没有负责效用评估的经理们身着一尘不染的白大褂在我们身边徘徊，我们可以自如地进行日常工作，那就是诊断出患者的病情，然后对症下药。通常情况下，完成这

项工作所需要的只不过是为患者进行一次彻底的病情检查。

医学院的老师告诉我们，病情检查是诊断的基石。它由三个部分组成，第一个部分是“病史”，可以通过患者主诉获得，也可以由医生从从头到脚数百项可能的症状中分析出。

第二个部分是体检，同样也包括对患者从头到脚的系统性检查。近百年来，医生们观察到可以从患者身上所表现出来的症状诊断出很多疾病。数以千计的症状，或渺小细微，或显著惊人。它们可以揭示特定疾病，甚至可以指向疾病的明确诊断。20世纪60年代中期，这些症状被收录进了《临床诊断学》（*DeGowin & DeGowin’s Bedside Diagnostic Examination*）[注]一书中，而这本书也成了身体检查领域的《圣经》。我们收治病房的四位医生人手一本，都将其奉为圭臬。这本书倒也跟《圣经》一样，有着红色皮革做的封套和皱纹纸书页。

病情检查记录的第三部分由血液检查和放射性检测结果组成。起初，这一部分仅占病情检查的很小一部分，几乎是医生们想起来才加上去的内容。但现在随着血液检查的门类越来越丰富，医疗技术的发展也让我们拥有更多途径使人体内部情况得以显现，这一部分也逐渐成了整个病情检查的重头戏。我们也很容易理解这样的趋势，大多数患者在他们症状还未出现的早期就会到医院就诊，医生们并没有时间对每位患者都进行一套完整的身体检查。然而，在深池医院情况却并非如此。在患者们漫长的病程中，医生有足够的时间对患者进行细致检查。尽管我一直都慎重对待体检这件事，但是现在我认识到经常体检可以确诊疾病，而忽略体检会导致漏诊。

*

在一个午后，我正在楼上放射科，此时罗梅罗医生刚好进来查看她的一个新入院患者的放射结果。那时她尚未检查过这位患者，而是赶在四点放射科关门前拿走患者的放射结果。

她问我想不想和她一起看看结果。

我当然愿意。

她将放射片啪啦一声放在灯箱上后，我们都退后几步以方便查看。这是一张胸片，患者的肺部、心脏和肋骨都一览无余。肺部和心脏看起来都没有问题，可在左侧肋骨处显示出一大片类似骨片和组织的阴影。

“呀，看起来不太妙啊，”我说，“那一大块是什么？”

“不清楚，我还没看过患者。”罗梅罗医生回答道。

“那患者的就医记录里有没有和这有关的内容呢？”

“上面没写，我知道的就是这位患者因为身体虚弱和体重下降，在县医院住了两个月。”罗梅罗医生说，“县医院的医生也没查出病因，然后他就因为无家可归被送来我们医院了。”

因此，为了弄清状况，我和罗梅罗医生准备下楼去找这个患者一探究竟。我们看到了杰克森先生，尽管在县医院治疗了两个月，可情况依旧很糟糕，他卧病在床，脸色惨白，身体消瘦且出奇地邋遢。罗梅罗医生向杰克森先生做了自我介绍，也介绍了我，然后掀开被子准备检查。杰克森先生骨瘦嶙峋，且久未清洗，在他瘦削的胸口上我们都没有发现包块。接着，罗梅罗医生让他呈右侧卧位，这时，我们看见了一个如同拳头大小的肿块在他的右侧后背上隆起。这样，病情便十分明显了。杰克森先生长了肿瘤，可能是肺癌，也可能是肾癌。这就是他体重骤降且身体虚弱的原因。

罗梅罗医生叹了口气，说道：“县医院的实习医生和护士的关系一定不好。”

她的意思是，县医院的实习医生、住院医生和主治大夫都没想过让

杰克森先生右侧卧来查看，可护士们肯定让患者这样翻过多次身，因此他们一定有机会看到这处肿块。他们是否因为愠怒、不满或遭受了不公正的待遇所以存心报复而从未对实习医生提及此事？又或者他们其实多次将杰克森先生的肿块告诉过实习医生，甚至曾不只向一位实习医生报告过这一病情？可新的医疗体制下，政府为了保障实习医生的睡眠和休息时间，让他们轮班，而不是将患者分配给他们，于是，每一位实习医生在值完自己的班次之后，只是将这一情况告诉了下一位医生，可没有一位医生对此进行深究。

同日下午，罗梅罗医生将杰克森先生送回了县医院，但他再也没有返回深池医院。或许这是件好事，说明医生们对肿块进行活组织检查，甚至直接切除了它。肿瘤科医生借助现代医学中的神奇手段，用放化疗的手法治愈了杰克森先生的癌症。他现在或许已经出院了，病情转好，甚至完全康复了。

无论如何，我从杰克森先生的案例中受益匪浅：并不是每一位患者都需要做放射检查，同时X光片都需要内科医师亲自查看。我也了解了实习医生、护士和护工之间的交流对患者至关重要。但这些都不是最重要的，我所收获的最重要的一点是：要给患者做彻底的检查，医生做的诊断都要基于患者本身，要善于观察并找到突破点，不要忽略明显症状。

之后的行医生涯中，我也反复地证实了这一课的重要性。我必须承认，在深池医院，曾有数百位患者的诊治情况都与杰克森先生的类似，即如果我们知道从哪儿寻找症结并且切实地去查看了，那么诊断和治疗的方式将是最简单并且最行之有效的。我在深池医院最初的这几年中所学到的，也就是《临床诊断学》一书中所记载的那些体检明细，如阴影、图像、细微的声音、异常表现、非正常甚至正常情况的出现，都可以提醒医生，以救患者于危难之中。能做到这一点，或许是我医生生涯中最满意的事了。

*

再举一个葛兰兹先生的例子。

葛兰兹先生是一位来自波兰格但斯克（Gdansk）的年轻人，他酗酒。我的意思是他每天都要喝掉数升伏特加。葛兰兹的酗酒原因有很多，他感到孤独，失业又无家可归，女朋友也离他而去，总之，他的饮酒量相当大。在他极其苦闷的一个阶段，他酗酒成性，甚至达到了胰腺被酒精蚀穿的地步。这种情况通常是致命的，因为胰脏破损后，内部的消化酶会流入腹腔进而把其他内脏器官，如肝、脾和肠消化掉。

于是，葛兰兹先生在县医院的重症监护室里，在死亡边缘徘徊了数周。其间，他做了数百项血液检查，进行了几十次X光片拍摄和CT扫描，插了数不清的管子，有些从自然的腔道深入体内，有些则需要经造孔进入葛兰兹先生的身体。例如，一根管道穿入腹部，将内部有毒积液引流出来；一根插进食道，为他提供营养；一根插在手臂上用来输血和抗生素；甚至还有一根管子埋在心脏里，这样医生可以随时监测血压。在使用最后这根管子时，导管向进入心脏的大静脉增压，这样一来就有血液被输送到葛兰兹先生的肺部。然后，医生们不得不在他的胸腔内安插另一根导管，使泵入肺部的血液回流，让肺部再度充气。

经过不懈的努力，葛兰兹先生的病情最终稳定了下来，现代医学技术拯救了他的生命。尽管现在依然虚弱，但他不用继续待在重症监护室，而是转入了深池医院。至少县医院的医生们认为葛兰兹先生已经可以离开他们的严密看护了。所以，他来到深池医院成了我的患者，在这里休养、治疗和康复。

当我去给葛兰兹先生做检查的时候，他的状况让我惊呆了。他舌头的情况异常，且并没有被记录在案。

葛兰兹先生的舌头肿得很厉害，几乎占据了口腔的一半大小，颜色

呈亮红色，看起来很干燥。而且不论他怎么努力，都无法将他那又厚又长的舌头完全缩回口中。

除此之外，葛兰兹先生的情况还不错。他只有28岁，有点谢顶的迹象。他有着淡蓝色的眼睛，波兰式的短鼻子。在他粗壮的脖颈上，有许多已经痊愈的瘢痕。从松弛的身形依稀可以看出以前他有着蓝领工人一般的健硕肌肉。相对于葛兰兹先生的身材来说，他的面部就显得大了些，而且黯淡无光。尽管他恢复良好，可那明显非常态的舌头还是让我驻足检查。

“你的舌头这样多久了？”我问他。

他的回答令我咋舌。

“我这样已有一个月了。”他操着一口波兰口音，用肿胀的舌头回答我。

这也太奇怪了！葛兰兹先生这样的症状已经有一个月之久？可是为什么从来没有人注意到呢？难道县医院没有检查出来？又或者是县医院的医生轮班过于频繁以至于忽略了葛兰兹先生的症状？重症监护室的医生们在为他装上那么多导管和监测仪器的时候，就没有注意到？还有一种情况就是他们深知葛兰兹先生舌头的异常，却故意没有做记录。

看到这黯淡的肿胀面庞、浮肿的舌头和粗壮的脖颈，我不禁想到了在医学院学习时接触到的一种罕见病症——上腔静脉综合征（superior vena cava syndrome）。上腔静脉是一条将身体上部，如手臂、颈部和头面部血管中颜色暗红、不含氧气的静脉血输送回心脏的大静脉。它在被肿瘤、脓肿或瘢痕阻塞的情况下，就会发生血液阻滞，从而使面部和上肢颜色黯淡且肿胀。我不确定这种病症是否会使患者舌头肿胀，但我知道它会让患者身体浮肿且面色灰暗。

不过，我已经学会了在给患者做体检的时候，应该打消猜测病情的想法。于是，我仔细地检查了葛兰兹先生的身体。他的颈部仍然有那几周在重症监护室中为了维持生命而插管的孔洞，他的胸口也尚存帮助排出肺部积血的导管拔出后留下的瘢痕。他的心跳声沉闷而混沌，他的腹部浮肿且瘢痕累累，饲管[注]依旧保留着。总结一下就是，他因为疾病的折磨而皮肤苍白、生命力减弱，但还是顽强地活着。

葛兰兹先生浮肿灰暗的面庞和肿大的舌头在我的脑海中挥之不去。在什么情况下患者的舌头才会如此肿胀且久久无法恢复呢？我对他的舌头进行检查，发现它是厚实、强劲有力且紧实的，而不是浮肿。这说明舌头是因生理学病变而增大的，绝不是过敏反应。

此时，我已经可以肯定葛兰兹先生所患的就是上腔静脉综合征了。那么，病因又是什么？是治疗过程中造成的颈部瘢痕组织还是脓疮、肿瘤？深池医院的设备并不先进，我们既没有CT扫描仪，也没有急救室，但是我仍然想用最简单的X光片来看看能否对病情诊断有帮助。所以，我将葛兰兹先生送上楼，紧接着立即开始拍摄X光片。

目前，X光片能够展示的病情已非常有限，结果只能告诉医生患者身体何处有阴影，这也是发明CT扫描技术的原因。葛兰兹先生的肺部有一小块阴影，尽管他并没有大口呼吸，可我依然能看见他肺部的感染、脓疮和肿块。X光片所显示出的他上腔静脉的阴影比我预想的还要宽。但最令我吃惊的还是葛兰兹先生的心脏。他的心脏出奇地大，且形状怪异——呈球状，有些类似于老式的热水瓶。

此时，我并不了解患者的心脏出了什么问题，但我确切地知道他的情况绝对不正常。因此，我决定到楼下的医生办公室寻求帮助。

办公室里，芬特医生正坐在与罗梅罗医生共用的桌子的一角，整理着她堆放在各种邮件之上的患者资料。她看起来有些焦躁。

“朱莉，来帮我看看这个X光片吧。我不太明白是什么问题，但这看起来绝对不正常。”

她几乎是跳起来的。

上楼去放射科的间隙，我向芬特医生讲述了葛兰兹先生面部和舌头的症状，她也看了放射片好一会儿。最后，她告诉我：“维多利亚，这是心包积液（pericardial effusion）。”

啊，我恍然大悟，可不就是吗！

所谓心包积液，意思就是在心脏和心包腔之间充斥着组织液。而心包腔，就是我在西克曼先生敞开的胸腔中看到的那薄如塑料纸一般闪亮的薄膜。在正常的情况下，心脏和心包腔之间只有少量液体，在心脏跳动引起膨胀和收缩时起到润滑的作用。而心包积液症意味着心脏和心包腔之间有大量液体。参照葛兰兹先生的放射片，如果他的心脏有显示出的那么大的话，积液必然已经达到了巨大的量。

大量的液体使心脏承受着巨大的压力，同时也使上腔静脉的血液回流至颈部、面部和舌头。这或许就是葛兰兹先生的上腔静脉阻塞的原因了。如果情况真如芬特医生所说，那么葛兰兹先生最好去看急诊。因为无论是何种液体填充在他的心包腔中，在病情未得到控制之前，这种液体都会继续增加，直至将心脏挤压得无法跳动为止。这样的情况叫作心脏压塞（cardiac tamponade），后果将是致命的。

目前的当务之急，是要弄清楚病情发展的速度有多快。葛兰兹先生的心脏究竟是在多长时间内变成这样的，是一个月、一周还是一天？

要找出葛兰兹医生的前主治医生并非易事。(注)尽管花了些时间，但我终于联络到了他，他很肯定地告诉我葛兰兹先生的心脏出现这种情况已经有一段时间了。

“您有多肯定？”我问道。

“非常肯定。”

“那么他舌头的症状呢？”

“噢，那种情况出现已经有一个月了。”

这回答多少有些宽慰人心的作用，起码我知道了这并非一起急性心包积液的病例。但这种可能性并未完全消除。不过这样来看的话，将葛兰兹先生送回县医院似乎有些说不过去，因为他的症状已有月余。可另一方面，如果我们没有发现他的这些症状，那么随着心包积液继续增多……

突然，一个描述葛兰兹先生病情紧急程度的点子跃然脑海。这是一条记载在《临床诊断学》中的方法，它毫不新颖，简单且缺乏技术性。由于不断跳动的心脏和随着呼吸而舒张与收缩的肺部之间的关系，血压并非目前我们所知道的那么容易测量且标准单一。测量血压时，在我们能听到“心缩期”（systole）出现的有节律的心跳之前，会随着最初的几次心跳将血液泵过膨胀的血压袖带而出现一个更高的血压值。那么这个较高的血压值与“心缩期”血压之间的差值，便被称为“奇脉”（paradoxical pulse）。奇脉很好测量，你只用在测量血压时注意听那最初的几声心跳即可。根据《临床诊断学》一书的描述，正常的奇脉不会超过10mmHg。如果超过这一数字，奇脉的数字越大，则说明心脏骤停的可能性越大。

以前，通常都是医生亲自给患者测血压。接诊之初，他们就会测量患者的“生命体征”，如血压、脉搏、体温和呼吸频率。事实上，这些指标被认为是最重要，也是最关键的体征。它们标志着“生命”，并用数字展现出心脏的搏动、身体的温度和带来生机的呼吸。可到了20世纪末，测量如此重要的生命体征的任务，却从主治医生手中一路传递到了护

士、护工，直至仪器设备的手中。时至今日，测量几乎已由设备包揽。当患者入院后，通常护工会推出生命体征监测仪，将仪器上的塑料夹子夹在患者手指上，然后，护工就能从监测仪器的显示面板上读出患者的血压、脉搏、体温和呼吸频率。仪器的读数是实时显示的，并且可以重复查看。然而，仪器并不具备测量奇脉的功能，因此，医生也从不测量这一指标。

一番研究与讨论之后，我和芬特医生离开了放射科，返回病房。我拿了一台充气血压计，准备去查看葛兰兹先生的情况。他躺卧在病床上，面无血色且疲惫不堪。我给他测了血压。读数在170mmHg时，我听到了那最初的心跳音。在读数为140mmHg的时候，我听到了心缩期的心跳音。在这两次读数之间，葛兰兹先生的奇脉是30mmHg。他的心包腔正被积液快速地填充着，这样的情况极易引发心脏压塞，他的心脏随时可能停跳。

当我告诉葛兰兹先生我们将把他送回县医院的时候，他显得闷闷不乐。县医院方面也并不想收治他。尽管如此，两个小时之后，葛兰兹先生还是出现在了县医院的心导管室（cardiac catheterization laboratory），在视频监视器和全套现代医学技术的帮助下，医生从他的心包腔中抽出来了1.8升血液。这样一来，葛兰兹先生的心脏解除了巨大的压力，又可以正常而有节律地跳动了。

事实上，及时的治疗救了他一命。

为他治疗的外科医生之后推断说，数周以来，葛兰兹先生的体内一直有血液慢慢地渗入他的心包腔内。这有可能是由治疗措施导致肺部刺穿和塌陷引发的，随着血液的渗入而慢慢累积起来的压力阻塞了他的上腔静脉，造成了面部及舌头浮肿。现在，经过治疗之后，积血被排出。外科医生认为心包腔应该已经紧紧包裹着心脏，不会再出血了。葛兰兹先生的面部会逐渐消肿，可舌头的恢复情况他却不敢肯定。

两天后，葛兰兹先生返回深池医院，由我继续照顾他。他的情况确实有所好转，面部也在消肿，可舌头依然肿大。他依旧插着氧气管和腹部的饲管，他的眼中仍然透露着惊恐，似乎在问“我的身体出现了什么问题”“这些东西都是什么”。

不过毕竟葛兰兹先生还年轻，他的身体机能会逐渐自行恢复。他颈部因插管而留下的孔洞正在结痂愈合，慢慢地，他可以说话和进食了。于是，饲管也可以拔了。除此之外，葛兰兹先生的体力也在恢复，他先是可以坐起来，然后可以行走了。有了这样的进展，他的眼睛也逐渐恢复了神采，行动也比以前迅速。葛兰兹先生的舌头也消肿了，尽管没有完全恢复到最佳的状态，但相比以前已经好了很多。更令人高兴的是，葛兰兹先生的女朋友也回到了他的身边。数月后，我让他出了院。

葛兰兹先生出院的时候，似乎也并未对我们表达谢意，还是那么愤怒且无所适从的样子。收拾行李的时候，他将一套睡衣裤放进了纸袋，没说一句话就离开了。我觉得他还在为舌头的问题耿耿于怀。之后，我了解到，葛兰兹先生聘请了一位律师，起诉县医院治疗不当。至于葛兰兹先生胜诉与否，还有他的舌头之后是否有好转，我就不得而知了。

然而，葛兰兹先生确实对我有所助益。我从他的案例中学到并且一直铭记在心的是，即便最微小的身体特征，例如奇脉那样细小、简单却难以察觉的现象，都可以救人一命。

*

上面这件事发生期间，我正在学习拉丁语。

从前，所有的医生都会拉丁语。因为数个世纪以来，医书都以拉丁语撰写，医学术语的词源也是拉丁语。更重要的是，在科学发展之前，是否会拉丁语可以将医师和传统术士区分开来。即便是在深池医院的收治病房里，除了我以外的所有医生也都出于不同的原因会拉丁语。芬特

医生在掌握拉丁语还是进入医学院的必备条件时入读，所以自然掌握这门语言；拉赫曼医生因曾经受过修女的教育而学会了拉丁语；罗梅罗医生因全奖入读美国东部的私立精英学校而学习了拉丁语。然而，我从来没学过拉丁语，因为在我考上医学院的时候，拉丁语已经被物理、微积分和生物化学取代了。

但是，希尔德加德的医学专著是用拉丁语写成的。如果能读原文原著，我对她的医学理论的理解会更加深入透彻。然而，要找到拉丁语培训课程却不容易。社区大学没开设这项课程，即便是在综合性大学，课程咨询处都只能把我推荐给开设拉丁美洲研究的院系。在这种情况下，我请了一位家教，在晚上下班后进行拉丁语的学习。这是一个令人兴奋而丰富多彩的学习过程。令我感兴趣的不是用这种语言书写的恺撒大帝的卓著军功，也不是西塞罗华美的修辞，而是拉丁语的词汇和语言本身。

我的下一步安排是重点学习希尔德加德所使用的拉丁语。因为我发现希尔德加德使用的是中古拉丁语而不是古典拉丁语，它们的差别很大。中古拉丁语相较古典拉丁语而言更加口语化，中世纪的人们无论书写还是交谈都使用它。另一方面，中古拉丁语比古典拉丁语更加模糊晦涩。我花了一段时间去寻找教习这种语言的机构。最后在我家附近的一所大学中，找到了中古拉丁语研讨班。

梅洁医生允许我每周请一上午假去学习。在这所大学中，我有幸师从精通中世纪知识的乔治·布朗教授。

布朗教授获得过两个博士学位，在成为教授之前，他在一所耶稣会神学院中任职。布朗教授因为天生的脱发而谢顶，加上他的胡须，看起来非常像他的一篇专题论文的主题人物——圣比德[注]。布朗教授自己就是标准的中世纪学者，身材虽不挺拔但结实健康，性格开朗，身着熨烫整洁的衬衫、工整的领结和羊毛上衣，形象上就很契合。无论天气多

热，他在仔细做研究时都会如此着装。布朗教授说起话来轻言细语，为人谦逊有礼且学识渊博，看到他我就想起了芬特医生。

我们在大学里一间红顶黄墙的教室中上课。去上课的途中，我路过校园的喷泉，流连于罗马式的教堂，悠游在幽静的小径，总会感受到大学作为社会机构与医院的相似之处。它们都诞生于12世纪，传达西方社会所赋予的传授知识和治愈疾病的不图盈利的价值观。教授和医生选择这一事业都是因为他们把理想放在个人生活之上。

但大学与医院之间，仍然有着深层的差异。走在校园中，我身边都是年轻的富家子弟。社会总是倾向于将最好的资源分配给最有希望的未来，也就是大学中的莘莘学子。摆在他们面前的是漫长而丰富多彩的人生，而深池医院的患者是另一幅图景。大学和医院的差异还在于，前者所提供的服务，即教育，还未被商品化。大学甚至尚不能算是“信息提供者”。布朗教授无论从外观上、行为举止上还是所受到的待遇上都是一位学术界的贵族骑士。

我在布朗教授那里学到的不仅有中古拉丁语，还有古文书学。这门学科是研究如何阅读印刷术出现之前的中世纪人的书写笔迹的。我也学习如何阅读批注——即书写在手稿页边或行与行之间的评论语句。我还学习了重叠抄写，也就是在文本下若隐若现，有时可被识别出来的另一份阴影文本。之所以会出现这种情况，是因为中世纪的人都书写在羊皮纸上，而这种材质十分昂贵，因此有时会被重复使用。重叠书写的方法就是擦去原有的墨迹。这种方式确实可以将羊皮擦干净，但时常会留有些许印记。因此，原有的字迹就会出现在重新书写的文字的下方，依稀可辨。

其实，重叠抄写恰好可以用来描述我现在在深池医院所做的一切：在现代先进的医疗科学之下，潜藏着认识人体的更古老的方式。的确，这种方式已经逐渐淡出了我们的视线，仅在我们的脑海中留有淡淡的印记。然而，它仍然活跃在我们的思想信念中。

*

当初接受工作时我与梅洁医生约定的两个月之期早已过去，可她却没有来问过我的打算。在收治病房与拉赫曼、罗梅罗和芬特医生一同救治患者的工作令我十分享受，我也越来越被深池医院吸引。我开始从患者身上学到的某种特殊的东西，让我紧紧抓住了在深池医院的所有时光，那就是如何去体会患者的切身感受。

我之所以会有这样的收获，是因为在深池医院，我通常每天都要探视患者两到三次，这种探视经常要持续好几个月。我开始深入地了解他们，而他们，也开始走进我的世界。当我在深池医院的最初时光即将结束的时候，有一位病情十分严重的患者给我留下了深刻印象。她甚至不是我的患者，而是由罗梅罗医生负责的。但是由于她的病床就在我负责的两位患者之间，所以我每天都要经过她的身边。她病情危重，而深池医院里所说的病情危重更为危险。

她就是托德小姐，35岁，所患的是癌症——脑癌，更糟糕的是，癌细胞正好位于右眼的后方。尽管采取了手术和放疗，癌细胞依旧在生长，甚至长到了眼部以外。不得已的情况下，医生摘除了她的右眼，并且将眼睑缝合起来，以阻止癌细胞生长。可即便如此，她的癌细胞还在增长。

托德小姐本就不算一位美人，而且放疗引起了脱发，类固醇类药物使她面部浮肿，被缝合的眼睑变得突出，她目前的样子令人不忍直视。即使身体上遭受了如此巨大的摧残，可她依旧乐观文静。每当我经过她的病床时，托德小姐都会对我微笑。最后，我们之间不仅是眼神示意，也开始了“你好”“感觉怎么样”等寒暄。逐渐地，我对她的面部损伤已习以为常，尽管这只是因为我尽力不去想她的遭遇。

一天，我终于克服了心中的不情愿，在她的病床边驻足。这不仅仅是短暂的逗留，而是一次真正的驻足停留。我们互相看着对方。在她的

眼中，我或许是一个身穿白大褂、步履匆忙而又头发蓬乱的医生，而我只看到了她的左眼。

简短的寒暄之后，我问她："有什么我能为你做的吗？"

"有啊，"她回答说，"我真不喜欢医院的饭，都是些切碎的、没有味道的东西。你觉不觉得应该换一换？还有，你能不能安排我去看看眼科医生，我得换一副新的眼镜啦。"

我至今都觉得被她的回答震惊了。她说话时的平静与镇定，不断地在我的脑海里闪现。她并没有要求安乐死或者索要某种灵丹妙药，没有要求使用强效的止痛药，也没有咨询我更多的治疗意见，她要求的仅仅是更换食物和一副新的眼镜。这是多么冷静和务实的回答，她丝毫没有抱怨命运的不公。或许，托德小姐已经欣然接受了自己的命运，因此，她目前看重的反而是那些琐碎的、细小的日常事务。

我们按照她的要求，为她更换了菜单，也为她配了一副新的眼镜。不久之后，托德小姐换到了其他病房，在转病房一年半以后，她平静地离开了人世。尽管如此，她给我上的这一课，如同许许多多患者教我的一样，让我花了很长时间去消化。那就是：勇敢是自我坚定的核心，它时刻散发着勇气的光芒。

这种人性中珍贵的品质，是许多年轻医生乃至大多数人过中年的医生都难以理解的。因为医生们都承蒙命运的眷顾，没有患病，或至少不至于像托德小姐病得那么严重。毕竟，医生们从年轻时就读于医学院开始，就拥有健康的体魄、丰沛的好奇心和勤勉的态度。作为医生的我们却对命运的不幸和上帝的安排一无所知。

于是，一家医学院决定采用一种预录取计划来弥补这一缺憾：医学院的学生必须匿名以患者的身份进入他们将要工作的医院。这样做的原因是让学生对患者的感受有切身体会。作为患者，要将手表和皮带取下

交由医院保管，还要穿上露背的病号长袍。他们坐在医院大厅的轮床上，于众目睽睽下等待检查。此时，他们就是脆弱的无名者。这的确是个不错的想法，但是实行起来却不那么顺畅。试想，整个6月都有一批帅气的年轻男子涌入医院，他们毫发无损，眼睛炯炯有神且面色红润，毫无病态。医生和护士们一看，就知道他们是谁。医护人员和这些以“腹痛”为理由入院的“患者”眨眼示意，甚至调笑不断。

所以，这仅仅是个不错的想法。

托德小姐教会我的，是我在深池医院最初几年中最宝贵的经验。她是我这几年工作的总结，也预示了我以后会学到的东西。即便我们对患者无计可施——患者没有癌症可查，没有奇脉可测，我们还是可以做一些事情。这些事情不一定能拯救他们的性命，或许也谈不上宏伟或者什么英雄气概。这些事情可以是一些简单的事，就好比帮助患者更换食谱或者配一副新的眼镜。事实上，这些事通常都是这类鸡毛蒜皮的小事。

托德小姐还教会我，不要畏惧从患者那里受到不幸命运的感染。患者们会欣然接受自己的命运，医生要做的是，问问他们自己可以为他们做什么，如果做得到，就切实地为患者提供帮助。如果医生们无法自己找出答案，可以向身边的患者、护士、护工和志愿者们求助。

来到深池医院之前，我对医学科学的重要性深信不疑，而托德小姐却让我看到小事情的巨大力量。

同时，她让我相信了这样的道理：我们生命中起决定性作用的往往不是那些宏大的事物。宏大如上帝的旨意、命运，是可以被接受的。或许是因为它们的力量太过于强大，所以是我们每个人的宿命，是很难改变的。然而，如果我们留心，生活中的小事是可以改变的。如不可口的食物和破碎的眼镜，这些细节都不断提醒着我们对患者的关爱还不够。或许，我们可以接受上帝的旨意，它让我们承受的命运安排必有它的原因或者我们都知道的、显而易见的原因（对于深池医院的患者来说是这

样的）。但是，我们这些人类同胞对他们的关爱却不够，以至于忽略了诸如菜单和修眼镜这样的小事。

正是如此，那些意气风发的医学院学生即便匿名入院，在入院处等待，交出手表和皮带，换上病号服，甚至坐在轮床上在大厅里等候电梯，也无法体会到这些真实的小事。来自医护人员的眼神、轻触和友好的言语，都让学生们知道他们将会并且已经受到关注。

*

托德小姐的事情发生不久，我就在图书馆里偶遇了布朗教授。

他告诉我，我古文书学课程作业给他留下了非常深刻的印象，但是由于缺乏系统的历史学训练，我不得不结束现阶段的课程。目前，我已经有了阅读希尔德加德著作的拉丁语知识，也了解了古文书学。然而，如果我要接受更深入的教学，就必须去研究生院，且课程上应该选择医学史而非中世纪历史。美国提供这门研究生课程的大学并不多，但幸运的是深池医院附近就有一所。布朗教授建议我直接联系他们的系主任——格哈德·韦茨博士，他是医学院的教授。

我听取了他的建议。与格哈德·韦茨教授电话联系时，我发现他是个有些冷淡的人。韦茨教授告诉我，他的研究生课程规模并不大，并且带中世纪医学专业的博士生对他来说是非常困难的，近乎不可能。

尽管如此，我还是询问他愿不愿意对我进行面试。

韦茨教授答应了。于是我们相约下周在医院附近的餐厅共进午餐。

---

1. 帕金森病（Parkinson disease），指由各种原因导致的主要表现为运动迟缓的症候群。
2. 阿尔茨海默病（Alzheimer disease），即老年痴呆症，患者的思维能力和记忆力会逐渐衰退。

3. 脊髓小脑变性症（spino-cerebellar degeneration），发病原因不明，主要症状是运动失调。

4. 20世纪70年代，美国医学界发生了一次意义重大的变革，但这次变革是由经济学家而非医生们发起的。中国医疗系统的财务制度启发他们做出这一变革：在当时的中国，医生只有在病人身体健康的时候才能获得收入。于是经济学家们提议，控制医疗开支迅速攀升的最好方法应该是让医生提前获得收入，以使他们维持患者的健康。相比根据患者生病时医生们所提供的服务来获取收入，新制度下每位患者每月将支付给医生一个固定的金额，这个金额与病人在该月份中的病情严重程度无关。这样，医生们就要自行管理他们的预算，而经济学家们认为，医生们将会因此学习提高效率。他们的确这么做了。由于医生们对健康的三个决定要素——人们的行为、运气和基因——其实是无能为力的，他们得到的经验是，唯一控制预算的方法就是不要收治那些行为习惯不好、运气不佳和存在遗传缺陷的患者。有些人是通过把诊所开在没有电梯的维多利亚式建筑的三楼来做到这一点的，因为这样就可以精巧地把重病患者和残疾人拒之门外；另一些人是通过宣传瑜伽和冥想来做到这一点的，因为只有健康人才会对这些东西感兴趣。医生们还明白了一点，安排实验和治疗程序的时间拖得越长，他们的预算状况就显得自己越高效。经济学家对这些超出预测的结果十分讶异，而他们以进一步完善上述制度作为回应。关于经济学家对医学和医疗保障的观点的详细解释，可以参见Sherman Folland等著The Economics of Health andHealth Care（Prentice Hall，2009年第6版）。

5. 诊断相关组这一概念和卫生保健组织的思路如出一辙，只不过前者适用于公立医院（而后者适用于私人医生及其诊所）。在这一体制下，医院根据每个诊断下、每个病人的每次住院获得固定数量的收入，这一收入的额度与每个特定病人得到的医疗护理的多少无关。经济学家们打包票，这样做之后，医院就会因为提高效率而受到激励。他们说对了。大批中层经理人员被医院雇来，以确保医生会把最有利可图的诊断（而非最重要的诊断）放在出院诊断名单的第一名，而且医生们会尽快让患者出院，甚至通常比应当出院的时机还要早。意料之外的后果之一（这种后果有很多）是：患者们被迫在病中出院，这通常使他们不得不在很短的时间里再次入院。这么做很没效率，而且医疗支出还是继续增长。在2010年的医保法案里，根据诊断支付统一金额的这一模型的适用范围被延伸到家庭病床护理和长期护理之中。

6. 数据来自深池医院1993年的年度报告。

7. 有的时候，手写记录比在电子病历上复制粘贴要花更长的时间，但是手写记录可以涵盖更多信息。我稍微瞄一眼就知道病历上说的是谁，是谁写的，这份记录有多信得过，这样才能将它作为得出诊断结论的一部分。

8. 在现代医疗护理攻克深池医院的过程中，显微镜、离心机和玻片是第一批占领军。有一项法律要求所有“实验室”，不论规模多小，都需要经过年检、制定规章流程手册，才可以拿到许可证。梅洁医生断定，加上了这些官僚主义枷锁之后，把玻片穿过整座城市送到一家有自动读取玻片机器的实验室要更省钱。显微镜、离心机和玻片被运走了，从此之后，我们再也没办法自己观察院内患者的血液、尿液和痰液了。

9. 《临床诊断学》，这本书有中文版，由潘祥林翻译，人民军医出版社出版。

10. 饲管，为无法进食的重症患者输送营养的导管。

11. 现在这样做也很不容易。这本应是电子病历最大的优势之一：它可以提供由出院时的主治医生所书写的完善的出院记录，上面有可以清楚辨认的名字和准确的电话号码。但这份出院记录经常被一名对患者毫无了解的医学院学生复制来粘贴去，所以记录里负责出院的医生经常是被电脑随机选出来的；出于种种原因，上面的电话号码从来都是旧的。

12. 圣比德，亦称“可敬的圣比德”（Venerable Bede），公元673年出生，公元735年逝世，被誉为英国史学之父。

第二章
生命的眷恋

我一眼便认出了格哈德·韦茨教授。

他的形象和我根据电话里的印象而想象出来的几乎完全一样——头发花白、眼珠湛蓝、面庞清爽干净，俨然一副德国医学学者的模样。但他的着装却没有我想象中那么正式，他穿了宽松长裤和白色的开领衬衫。我们在韦茨教授推荐的一家南美风格的餐厅见了面。我们找了一处比较安静的位置坐下，我和他各点了一份烤红椒和一小杯葡萄酒。

当韦茨教授吃着烤红椒开始说话的时候，我发现了他的德式外表和非德式举止是那么不和谐，他的举手投足颇具拉丁风格。尽管他出生在德国，却在阿根廷长大，因此，他的口音也混杂了德语和西班牙语。也正因如此，在他德国人的外表下，隐藏着一颗火热的、热爱辣椒的心。我在此后的几年里逐渐发现，这一点对他很不利。就像性别认同错乱一样（例如一个男人的体内有一个女性的灵魂），在格哈德·韦茨教授、医学博士德国式的身板下的是一个拉美人，这让他屡屡被人误解。

韦茨教授对我的面试从介绍他负责的医学史的研究项目开始。在他的口中，这个项目很小，仅有两位教授，而且研究方向主要是美洲医学。这个项目并不会涉及我所感兴趣的前现代医学和希尔德加德。所以，如果韦茨教授接受了我的申请，我也必须自行联络其他大学的指导老师并去那边上课。而且坦白地说，韦茨教授也并不清楚我该如何具体进行联络和安排。我首先得拿到硕士学位，然后才有可能进入到博士学习的阶段。其中，我要通过第三学年年末的正式口头答辩和两门语言考试。而且，作为一名执业医师，韦茨教授的这个项目对我来说可能并不

好完成。这一番“打击”之后，韦茨教授倚着座椅，看着我说，我的研究项目让他很感兴趣，他也非常想多了解一下这位中世纪的德国修女是如何写出如此实用的医学书籍的。

韦茨教授自己的研究项目是医院的历史，实际上他正在撰写一部权威的（他是这么希望的）医院史。说到这里，他兴奋起来，身体又重新探到桌子上面，全然没在意胳膊已经远远超出德国用餐礼仪所允许的范围。

在韦茨教授看来，医院最有趣的地方在于它是彻彻底底的西方文化和基督教产物，与希腊和罗马无关。希腊文化中与医院亲缘关系最近的，就是他们的灵疗圣殿。圣殿位于治疗之泉旁边，风景亮丽，只不过任职的是牧师而非医生。罗马人的确设立过类似医院的机构，不过仅供士兵使用，患病的民众却无医疗系统。反倒是中世纪的基督教修道院逐渐演变成了我们今日熟知的医院体系。在修道院中，治病救人是基督徒的首要责任。因此，每间修道院都设有救济病困者的收容所和医治患病僧侣的医务室。韦茨博士推测说，负责收容所和医疗室工作的可能是一位充当看护人的修士或修女，但没人真正理清过自己所做的事和整个系统是如何运作的。即便如此，这种修道院开办的收容所和医务室仍然成了欧洲医院和救济院的雏形，有的甚至直接就是后者的开山鼻祖：现在的巴黎主宫医院[注]也由7世纪的僧侣所建。时至今日，它仍然是一家为穷困潦倒的人开办的市立医院。西方世界的独特性和令人惊讶的理想主义——社会应该对贫病者加以照料——就发源于这些中世纪时由修道院设立的收容所和医务室。

然而，我们对医院历史所知道的似乎仅止于此。这也是我的研究方向会令韦茨教授感兴趣的原因。他说，或许宾根的希尔德加德就在她那一家修道院的医务室工作，因此写出了医学专著。我们沿着这本书的踪迹，就可以找出修道院医务室和收容所的日常工作，例如，当时是如何诊疗和治病的，他们的用药依据是什么，前现代医学实际上是如何发挥

作用的，等等。我可以将已知的中世纪医学知识作为研究背景。这样看来真是个绝好的研究机会，并且对韦茨教授正在撰写的书也大有裨益。

说完这些，韦茨博士背靠回椅子，擦了擦嘴，然后看着我。

“这会是一个漫长且复杂的项目，你必须得像学习拉丁语一样学习德语，此外，还得花大量的时间在图书馆查看中世纪的手稿。你的医院工作也必须改成兼职。我们系有一项金额不大的奖学金，我会把这个名额给你。”

韦茨博士将这个慷慨且突然的消息告诉我之后，站了起来。我也随他起身。我们一同离开了餐厅，走到转角处时，韦茨博士停下来，目光深沉地看了我一眼，随后走上街道，向大学的方向走去。

*

当我告诉梅洁医生我打算攻读医学史的研究生项目后，她表现得非常支持且态度随和。原来，罗梅罗医生请假了，我正好可以接替她的工作，将原有的工作时间减半，与芬特医生共同负责患者。以赛亚·杰弗斯医生会接替我的全职工作。

直至当时，我对杰弗斯医生知之甚少。在后来的数年间，我们却成了彼此了解的好朋友。他身材高大、皮肤黝黑且英俊帅气。事实上，他是位黑人。某一天，他向我讲述了反歧视运动的故事。他在佛罗里达乡村由祖母一手带大。当时黑人歧视法案依旧有效，杰弗斯医生读书时用的都是上一届学生的旧书。“这也没什么，”他用招牌式的微笑告诉我，“旧书上的知识和新书上的一样。”后来，杰弗斯医生全奖入读位于亚特兰大的莫尔豪斯大学，之后，反歧视运动帮助他进入了医学院。体制上的改变确实让他受益匪浅。他这样说是因为他的两个孩子目前在私立学校就读，以后读大学时不用通过反歧视运动就能为自己争取合法权益。

杰弗斯医生的办公桌在我的对面。那不是一张真正的办公桌，而是一条沿墙面展开的狭窄实验台。多年来，这一直是身材瘦高的男医生的“专座”，或许是因为没有抽屉才有足够的空间容纳他们的长腿吧。

与芬特医生不同，杰弗斯并不全然了解所有的医学知识，只对必要的那些了如指掌。他的工作笔记也不像拉赫曼医生的那么工整美观，却写得简明扼要。他的潦草字迹总是在本子上横躺着占了好几行，但却能直接点出症结所在。他感兴趣的并不是患者所患何种疾病，这一点他从同僚处总能了解到。他更希望了解患者来自何处，他们在患病前都过着怎样的生活。

杰弗斯医生也是个知足常乐之人。一天午后，他向后拖了拖椅子，环顾办公室的四壁，这里仍然保持着我来时的朴素。随后，他又看了看我们那几台孤零零的电脑、满书架的参考书，以及那扇有木条窗格的窗户。他稍稍向后翘起椅子，用他那低沉的声音慢慢地说：“维多利亚，你知道吗？以前的条件可没这么好。注”

杰弗斯医生是想告诉我，这种宁静的、心无旁骛的只专注于患者的工作环境是多么难能可贵。没有人注意到我们。药剂师不会参与到用药的过程中来，让我们得以根据病情对症下药，甚至为了药物的副作用不按照标准用法开药；各类保险公司的触角也无法伸向我们；当我们收治其他医院转来的患者时，他们也非常乐意；梅洁医生对我们抱有充分的信任，让我们放手去做对患者有益的事情。这一切对医生来说简直太过美好。

*

现在，有了杰弗斯医生接替我的全职工作，我便可以开始与芬特医生一同分担工作了。

此时，我已经对芬特医生有了充分的了解，但还是要做一点调整。

我们共同办公桌的一角，有她摞起来的高高的一沓准备以后查看的文件，这其中有医药公司发来的晚餐会邀请、写在石棉材料上的行政部门发来的备忘录、患者的X光片报告和实验室检测结果。每天早晨我来到办公室后，都会打扫桌面，仔细检查一遍芬特医生的那一沓材料，把没用的清理出去并把剩下的重新整理好。可每过几周，芬特医生都会采用新的整理方式——彩色文件夹、编号的活页夹和标签纸。

我们慢慢发现，芬特医生具有内科医生的脾气秉性，而我虽然身为内科医生，却有着外科大夫的性格特点。我感兴趣的是搞清楚是否需要做出行动，而她精于最精密严格的措施，并愿意花时间将事情做好。我们花了一段时间来梳理各自的优劣势，以取长补短，将两人的合力发挥到最大。事实证明，我们的策略运行良好，特别是当我们在正确的时间将此方法运用到合适的患者身上时。

我们每周都有一天时间“碰面”，所谓碰面，就是我们在那一天都会在办公室值班。每当这样的日子，我们总会一同会诊，晚上一起查房，共同讨论病例。在某一天下午，我们巡视到了乔治夫人的病床边。芬特医生因为她年老体弱而将她收治入院。乔治夫人并无阿尔茨海默病或其他痴呆症以及致命性的疾病。她是一个寡妇，膝下没有子女，无亲无故也没有朋友。如芬特医生所说，乔治夫人的一生就是从出生到未定的死期的匆匆数十载。

还记得那个午后，病房里非常安静，我们走到乔治夫人身边时我以为她正在休息。然而，芬特医生走了过去，站在乔治夫人病床的左边，我站在右边。之后，我们安静地在病床边站了许久。过了一会儿，我发现乔治夫人并未睡着，尽管她双目紧闭，可眼珠却时有轮转，且呼吸也并非如熟睡期那样平稳，倒是像做梦或思考时那样的活跃。

芬特医生并未说话，只是低头默默地看着她。之后，她轻声地问：“乔治夫人，您还好吗？”

乔治夫人睁开眼睛，看着我们。

“我在参加中学毕业舞会呢，正等着被人邀请。舞会上全是俊男靓女。”

“您有什么需要吗？我们能做点什么？”芬特医生问道。

“不，不用，谢谢。”

说完，我们离开她的病床，继续查房。但刚才经历的那一幕，我从未忘记过。让我惊奇的是，当我们看到乔治夫人好像正在睡觉时，芬特医生还是走了过去。可是当我们站在那里，默默地看着患者或只是等待的时候，我逐渐意识到之前在患者身上体会到的某种特质，那就是他们共有的宁静平和。那一刻，我明白了，深池医院是个治愈之所，而且不仅仅是患者的治愈之所。对于医生来说，深池医院也是一个不言不语，无为而为的静谧所在。

随后，芬特医生那试探却坚定的问话打破了她与乔治夫人之间的宁静。乔治夫人报以回答，她的声音在这个痴呆症和昏迷患者的病房里久久回荡。“还好吗？”“还在吗？”“只是睡着了吧？”

乔治夫人的回答或许会让你觉得迷惑：“我在参加中学毕业舞会呢，正等着被人邀请。舞会上全是俊男靓女。”

其实，你无须疑惑。她的回答告诉我们患者的思绪通常在他们沉默无声的时候都飘向了何处。虽然并非每位患者经常如此神游，但部分患者时常有这样的情况出现。乔治夫人让我了解到，患者在尚未去世的时候，已经生活在了另一个我们所熟知的世界。那个世界和我们所生活的地方一样，有焦急、期待与感恩，有舞会、华丽的服饰和装饰一新的体育馆。没错，这就是我们的内心世界。

*

随着我们搞清楚了各自的专长，我和芬特医生梳理出了分工安排，这包括我们自己的工作分配，也包括病人的分工。芬特医生尊敬并理解那些毕生工作的退休老年患者，而那些坏男孩和坏女孩归我管理——芬特医生很难理解和认同他们的选择和言行举止。

我们刚开始执行分工时，芬特医生收治了吉姆·杰，他的问题比较严重。吉姆留着长发，却不梳洗打理，也不刮胡子，牙齿也因口腔溃烂发黄。吉姆这次入院是因为酗酒问题复发。目前，他的肝细胞正在再生，头脑清醒且步态稳定。实际上，他的情况好转了许多，已经可以走到大厅，坐在小圆桌边和其他病友一起用纸杯喝咖啡了。有的时候他会眼神空洞地盯着某一处，但他仍然在继续康复。

一次外出活动之后，他返回病房，但这一次吉姆身上却带着些许好像是酒精的味道。于是，我们协同护士、社工、医生和吉姆本人一同开了长时间的会议讨论这个问题。他向我们保证，并没有喝任何东西。他绝对没有喝酒，因为心里很清楚酒会要了他的命。同时，他也不明白为什么我们会觉得他身上有酒精味，也许是因为他的须后水含有酒精。

因为芬特医生收治了吉姆，所以自然成了他的主治医生，此次会议也由她主持。

芬特医生说："杰先生，你一定很清楚酒精会对你的身体造成多大的伤害。它会损伤你本就不多的肝细胞。还记得你刚入院的时候多么难受吧？你一定不想再受一次罪，是吧？"

"嗯，我还记得，我也不想再来一次。但是医生，我已经发过誓再不碰那玩意儿了，永远不碰。我还打算康复之后和妹妹一起到俄亥俄州的亚克朗市去。"

芬特医生看起来很满意。

“杰先生，听你说这话我很欣慰，我们都在这里帮你实现梦想。我们会帮到你的，不是吗？”芬特医生边说着边环顾四周。

在场的每个人都高兴地点着头。

但是数天后，当我打电话去医院询问患者的状况时，芬特医生却告诉我了一些不好的消息。

“杰先生失踪了。”

我哼了一声。

“你说什么，维多利亚？”

“没什么，怎么会这样的？”

“唉，你一定会笑我的。我说出来你别生气。昨天，我在大厅遇到了杰先生，他看起来状态非常好，衣着整洁。他的头发梳向脑后，油亮光洁，胡须也刮得干净。护士们给他找了件很合身的运动服。他告诉我说需要15美元给妹妹邮寄个包裹，社工给他的钱丢了，在他睡觉的时候被人偷走了。”

“你不会给他钱了吧？”

“我给了。”

“什么！茱莉！”

“我们只发现他去了里诺[注]，然后他就再也没有回来。”

此后他再也没有露过面。但这件事发生后，我和芬特医生做了更详尽和精准的患者分类，对每个患者对症下药。当需要表现出慷慨、无私和耐心的时候，芬特医生就出面解决，比如和怒气冲天的患者家属长时

间开会面谈、应付痴呆症患者或者面对繁文缛节的办公室工作。但凡需要坚持纪律和钢铁般的头脑，我就会出面。这样分配工作对我们好，毫无疑问，对我们的患者也有好处。

*

此时，是我攻读韦茨博士的医学史项目的第一年。

我们的课程安排在大学医院一幢最古老的建筑里，具体地点在四楼的一间小研讨室。要去那里，我首先要进入大学医院的新楼，然后穿过展览着医院最新纳米科技发现成果的大堂，依次经过研究部门、设备齐全的诊所，接着登上三排装着旧式铁艺扶手的水泥楼梯。历史系深藏在楼上，现代医学就好像一个第二次结婚的小媳妇一样，羞于让别人知道它的过去。

一共有六名研究生，三名是内科医生，三名不是。在开始的数个月中，韦茨博士分别介绍了古希腊、罗马、中世纪、文艺复兴和启蒙运动时期的医学，逐步将我们引向了现代医学。我们花了几周的时间学习这一部分。在那2500年间，前现代医学是西方唯一的医学体系，它是当时人们理解健康和疾病的手段，是内科医生治病救人的全部方法，也是所有患者被医治的指南。然而，就在19世纪结束前的数十年间，前现代医学的地位被现代医学骤然取代，然后被人们遗忘。

韦茨博士向我们详细介绍了理论背景。前现代医学认为，宇宙由四种抽象的元素组成——土、水、气和火。这四种元素各自代表了干、湿、冷、热四种特性。[注]土是干冷的，水是湿冷的，气是湿热的，火是干热的。宇宙中的任何事物都是由这四种元素和这四种特性按照不同的比例构成的，这其中也包括了组成人体的原料。所谓原料，就是我们的身体中的四种体液：血液、胆汁、黏液和黑胆汁。血液湿热，胆汁干热，黏液湿冷而黑胆汁干冷。如果这四种体液在人体内达到平衡，那么身体就是健康的，失衡则意味着不健康。医生的职责就是诊断患者体内

不平衡的体液状态，并通过“开药方”来重塑体内平衡。那时，诊断的方式是号脉和尿液检查，而治疗的方式有食疗、草药、放血、艾灸和药浴。医生还会建议患者搬家以改变居住地的气候，调整性行为、休息、睡眠和运动来改善自己的健康状况。

韦茨博士告诉我们，这一系统通常被称为“体液系统”，由于系统中包含四种元素、四种特性和四种体液，也会被称为“四元素体系”。有时，医生还会考量其他的“四元素”，例如春、夏、秋、冬四季，东、南、西、北四个方向，甚至耶稣基督的四位使徒：马太、马可、路加和约翰。随后，韦茨博士给我们展示了一幅中世纪的画作，上面完整地呈现了这套理论。人体位于画作中间，上下左右四个方向分别是四季、四方、四元素、四体液和四种特质。

最后，韦茨博士总结说，“体液医学”是一个持续时间很长的、完美的医学体系，但它具体是如何解释人体运作的，却是一个谜。

听完这些，我们这些学生中的内科医生自然充满了疑问。比如，为何前现代医学会持续如此长的时间最后却戛然而止？为何它与中医和印度医学如此相似，都基于元素、体质和体液，但是仔细看来却又有着显著的不同？

对于这些问题，韦茨博士也无法给出答案。他看看我，对我们说，这些问题将是斯威特医生的研究领域。

第二年的课程，韦茨博士教授了我们很多描述历史的方式，为我们撰写硕士论文奠定基础。在这一学年的最后，我开始准备自己的毕业论文。我打算学习12世纪的修女——希尔德加德的医学书籍来探讨“体液医学”是如何发挥功能的。我决定，我要沿着这个研究方向努力下去，把自己当作希尔德加德的学生，并将只用她的书作为我的指导。

虽说我不能从希尔德加德的书中掌握体液医学的具体实践，但是我

确实获益匪浅。我发现这不仅是一套优雅的哲学体系，还是真实世界中对患者疾病有实际帮助的医疗方法，尽管这套系统看待疾病的方式和现代医学是不一样的。

我认为“四元素体系”是一种有效的启发性思维方式。也就是说，它能够帮助我们想象周围环境是如何影响机体运转的。有一点我们需要注意，那就是不要认为这四种元素是抽象无形的，它们是实实在在的物质。“土”以大地和尘埃的形式表现出来，雨代表“水”，风代表“气”，太阳代表“火”。这些元素并不是哲学家定义的虚幻的元素，而是农夫和园艺师们所熟知的真实自然元素。

我逐渐发现，前现代医学的理论基础是园艺师们对世界的理解。而希尔德加德采用了园艺师的视角来理解人体，而不是站在机械师或者电脑程序员的角度看世界。希尔德加德没有过分专注于人体的细胞层面，而是跳出来，站在患者的背后，环顾四周。在观察的同时，希尔德加德在心里计算着人体内四种元素的平衡，并且将患者看成四周环境的组成部分，考量着外部的整体平衡。借由这无数次的计量，希尔德加德控制着患者身体内外的平衡。每当这种平衡被疾病打破时，她又尽力重塑。这一工作十分缓慢，希尔德加德像一位园艺师一样，细心呵护，看看这里，顾顾那里，整个过程是琐碎而繁杂的。一番忙碌之后，她就站在一旁静待结果。也就是说，希尔德加德顺应着患者的情况而为，她顺其自然，并不试图主导治疗。

希尔德加德的理论的确让我受益匪浅。虽然没有给患者使用中世纪的复杂制剂，但是我在尝试按照希尔德加德的配方给他们制作一些具有抗抑郁作用的小饼干。此外，我同样根据她书中的指示酿造了一些有药效的啤酒。当我遇到疑难病例时，都会问自己体液医学会怎样看这个病例？如果希尔德加德遇到了这样的患者，她又会如何诊治？

*

我首次尝试用希尔德加德的理论治疗的患者是玛利亚·麦考依夫人。

她被送来深池医院等死，但是我在接诊之初并不知晓这一情况，因为自从列夫·葛兰兹的病例之后，我改变了自己的工作流程。每当有病人入院，我会首先直接检查患者，再去查看他们的病历资料。查看病情的时候，我也不会花费太多的时间来询问患者的病史，这么做的原因是进入深池医院的患者的情况一般非常复杂，谁也记不住这么多事情。我通常会跟着急救人员一同进入病房，看着他们将我的新病人妥善地安置在病床上。然后，我会亲自测量生命体征，并开始检查。我试图从检查的结果中最大限度地总结患者的病史和生活轨迹，例如，他们正服用何种药物，患过哪种疾病，从事哪项工作，以及在过往的生活中经历过什么。在实践中能够学到的东西多得让我连连称奇。

例如，某些降血压的药物和神经系统药物一样，会引起一些特有的生理现象。我经常可以通过上述现象判断出他们正在服用的药物和用药原因。糖尿病和高血压患者表现出来的症状又可以揭示出他们患病的持续时间。能够讲述患者历史的还有他们身上的疤痕，不管这些来自手术（有的他们还记得，有的他们也记不住了）、刺伤、战争创伤还是童年的事故。有趣的是，文身也能成为病情的代言人。不少被送到深池医院的患者身上都有文身，这些文身对我们的诊断提供了帮助。例如，有些文身是在入狱后文上的特殊文身，有些是患者在服用了致幻剂之后处于极度亢奋的情况下文的有精神分裂症表象的图案，有高中醉酒后兴之所至的杰作，也有商船船员极具特色的文身。有些患者身上甚至有各种类型的文身，这些文身也清楚地说明了患者的人生历程：首先在镇上的酒吧喝高了，然后因嗑药入狱，得了精神分裂病，最后乘船出海。

说回玛利亚·麦考依夫人。当时我跟着急救人员将她推进一间位于病房前部的半私人房间。这不是什么好兆头，因为护士们总是将这样的病房留给最严重的患者。我看着护士们将她从轮床转移到位于墙角靠窗

的病床上，她被外套牢牢裹住，就像一件等待被送出的包裹。工作人员们分别抓住轮床上麦考依夫人身下床单的四角，将她抬上了病床，而她一动不动。救护人员将她的记录交给我，然后推着轮床走了。

就这样，我开始检查这位新患者。

她的双眼半睁，眼神呆滞空洞，好像并未注意到我站在旁边。麦考依夫人脸色蜡黄，耷拉在被单外的双手肿胀。接着，我走到她的右侧，低头看着她。她看起来不怎么好，说得更明确一点，她整个人给人的感觉都不怎么好。麦考依夫人几乎没有了生命力。

“生命力”并不是一个医学术语。即使翻遍收录了十多万个词条的《斯特曼医学字典》（*Stedman’s Medical Dictionary*），也找不到一个词可以用来形容那天我试图在麦考依夫人身上找到的这种“生命力”——她对于我的出现和存在几乎没有任何回应。我很明确地知道麦考依夫人当时仍然活着，因为她的呼吸并未停止，我也能从她的身躯上感受到些微的热量。在这种情况下，我们能做的其实不多。

我做了自我介绍，她泛黄的眼睛转向了我。麦考依夫人好久没洗的头发数量稀少，面部肿胀，嘴唇龟裂干燥。她的身体也出现了肿胀的现象，腹部情况尤其严重，看起来就像一只沙滩球。当我掀开被子进行检查时，我看见她的皮肤上已经出现了死亡的标记，那就是“蜘蛛痣”——这些红色的斑点和她蜡黄的皮肤、眼白，以及肿胀的面部、四肢和腹部一同标志着她的肝脏已经无法继续发挥功能。

从病情记录上来看，麦考依夫人已经没有活路，她将很快因为肝衰竭而死去。这一切的元凶就是酗酒。现在，她的肝脏终于可以卸下多年的重负了。与我们的大脑、心脏和四肢不同，在正常情况下，肝脏是可以再生和自行重塑的。这一点很重要，因为正如麦考依夫人的身体向我们展现的，没有一个健康的肝脏，身体机能就会衰竭。肝脏能够合成一种负责凝血的蛋白质，如果缺乏这种蛋白质，我们将会因鼻腔、口腔或

者肺部失血而死亡。肝脏还能分泌一种使血清留在血管中的蛋白质。所谓血清，就是我们血液中黄色的液体。一旦缺乏这种蛋白质，血清便会离开血管（进入组织间隙中），造成面部、四肢和腹部浮肿。肝脏还有许多功能，它能将血液中的毒素代谢掉。一旦这一功能出现问题，血液中的有毒物质就会损害大脑机能，继而出现麦考依夫人现在的状况——先是呆滞，继而神志不清、昏睡，最终走向死亡。实际上，维持机体正常运行所需的肝细胞量并不多，仅仅是我们出生时肝细胞总量的百分之五。有了这百分之五，我们的肝脏就能凝血、合成蛋白质、代谢毒素，并完成自我修复。而如果没有这百分之五，我们就会死亡。而麦考依夫人就要这样死去了。

可能出现的情况是，她会因为没有征兆的大出血而突然死去。麦考依夫人可能会从床上坐起，然后吐出体内几乎所有的血液，一两分钟后，再面如死灰地躺倒。或者，她会情绪激动亢奋，高烧和感染会让她的神志更加不清醒，并在24小时内死亡。还有一种情况是，麦考依夫人的血管会因血容量不足而无法维持正常的血压，以至于肾脏和大脑供血不足。随之而来的，是肿胀得越来越大的腹部、更加蜡黄的脸色和不断变得微弱的神志，直到她的肺部停止工作，心跳停止。

上述就是麦考依夫人可能会面临的情况，我们对此也无能为力。这并不意味着我们不会再做出努力，也不是说我们不会尽力，而是她的病情记录就是如此清楚地显示着。

那年的1月至6月，麦考依夫人被送进急救室30次，两次被县医院长期收治。而最近的这一次，麦考依夫人很可能再也挺不过去了。她年近五旬，寡居带大了4个孩子。而今，只有两个儿子仍然和她保持着联络。被送入急诊室之前，麦考依夫人住在田德隆区[注]的一间单间分租房，说得更确切些，就是只有冷水没有电梯的公寓。这种单间分租房一般都只有一张单人床，铺着单薄的床单，地板上是散发着霉味的地毯，柜子的抽屉磨损严重，连浴室也是与其他租客共用。

麦考依夫人30次被送进急诊室的原因都是酗酒。其中，第15次时险些因血液感染而丧命，第30次时她因为酗酒已进入昏迷状态。县医院花了一个月弄清了麦考依夫人的病情。医生们给她洗了胃，麦考依夫人这才醒了过来。但是由于她的肝脏功能不正常，所以她仍处于神志不清的状态。这次入院过程中，鉴于她已处于临终状态，她的儿子们同意了医生的看法，“允许麦考依夫人自然死亡”。因此，县医院将她转入我们这里来等死。县医院做出这样的举动之前，已然尽了自己最大的努力来改善麦考依夫人的病情。他们采取了13种不同的药物进行治疗，有催吐药、升压药、镇静剂、营养药以及降糖药物，后者用以治疗因酒精对胰腺的毒性作用导致的糖尿病。正是由于他们的治疗卓有成效，麦考依夫人才能活到现在。

我叹了口气，给麦考依夫人开药，并把这一长条写满复杂药物名称的处方单交给了护士们。然后，我继续下午的查房。

第二天，麦考依夫人还活着，不过情况也未见好转，实际上，她的病情更加严重了。她脸色蜡黄，几近昏迷，她的腹部更大了，肿胀得像鼓一样，痛苦的麦考依夫人开始呻吟。于是，我准备给她抽腹水。

尽管这个治疗过程并不复杂，但我极其不愿意去做。插管的两头都带有针头，一头会扎进患者被麻醉的腹部皮肤，另一头会连接一个真空瓶。由于容器内真空造成的内外气压差，患者腹水就会进入容器。这样，腹部就不再那么肿胀，她的痛苦也会得到一定的缓解。但是，这样的舒适只能维持几天，因为病情没有得到实质上的改善，腹部会再次被腹水充满。因此，过不了一周我们还要重复这样的操作。

可是，我们也没有其他办法了。所以我来到医院的医疗器械中心。一扇两截门后是放满医疗器械的木架子，我靠着一扇打开的柜门，填完了两行申请表，拿到了值班员递来的两个一升容积的瓶子、针头、导管和装有麻醉剂的药瓶。我拿着这些器材返回麦考依夫人的病房时，她正痛苦地呻吟着，而且意识已经接近丧失。我给她的腹部皮肤消毒，注射

了麻醉剂，插进针头，于是蜂蜜色的腹水沿着导管流入了空瓶。很快，两个空瓶都被腹水填满了。麦考依夫人的腹部缩小了很多，她的呻吟声也停止了。于是，我拔出针头，包扎好伤口，清理好一切准备离开。但是，我并未立即离开，而是在麦考依夫人身边坐了一会儿。

此时，我坐在熟睡的麦考依夫人身边，看着瓶里的黄色腹水。午后的阳光从窗外穿透进来，照射着装有黄色腹水的玻璃瓶。在阳光的作用下，瓶中所装的好像不只是黄色的液体，不是即将被我丢弃的无用之物，而是生命。它的黏稠质地和颜色，仿佛从体内重要蛋白质中提炼出的蜂蜜。因为吸取了血液中的糖分，它尝起来也应该如蜜一样甜。被废弃的凝血因子及生命体所需的酶使它的质地相当黏稠。然而，我们并不能将这些有用物质重新输入进麦考依夫人的血管。即使我们有办法，因为血管内的压力不足，这些物质也不可能留在她的血液中，而会重新流到她的腹部，形成腹水。在我看来，麦考依夫人需要的是某种能将这些带有生命力的黄色液体挤出腹部，重新返回她的血管的神奇治疗方式。

坐在麦考依夫人的身边时，我在想，如果希尔德加德见到麦考依夫人，她会如何进行治疗呢？很显然，麦考依夫人的问题出在水这种元素的错位上。于是，我想起了体液医学体系，当年的医生比我们更多地用到物理疗法，其中有一种方法就是将腹带缠绕在患者的腹部，以达到将肿胀腹部内的积液压回血管的作用。

我认为这个方法值得一试。如果深池医院有腹带，那一定存放在医疗器械中心。于是，我申请了一条，并顺利拿到手。它看起来很像一条宽大的布织胶带，接口处是一条魔术贴。护士帮助我将它缠绕在麦考依夫人抽腹水后稍微消肿的腹部。缠上腹带后，她看起来并没有不舒适的感觉，依然在睡觉。于是，我离开了房间。

*

第二天查房到麦考依夫人时，她尚在人世。

她的情况并没有变糟，也许好转了一些。束腹带还在她的腰间，腹部看起来也没有比上次排出积液之后变得更大。这一变化意义非凡。即便不到5%的肝脏细胞不足以维持肝脏的正常功能，然而只要比5%多一点的肝细胞正在发挥功能，她逐步恶化的病情就会开始好转。只要肝细胞再恢复一点，她的肝脏产生的蛋白质就能使血压稍微升高一点。只要血压高一点，肾脏就有足够的动力将多余的体液和血液中的毒素分泌出体外。有了这样的改善，医生就可以用更多的药物来激发肾脏的动力，积压在面部、四肢和腹部的体液也会顺势排出，这些部位自然就恢复正常的大小了。由于麦考依夫人体感舒适了很多，我们也就可以减少镇痛剂的用量了。接下来，她会醒来，逐渐能够下床活动，让更多的体液流通起来。

这并非我的设想，而是真正发生在麦考依夫人身上的事。自缠上腹带起，她的病情非但没有恶化，而且逐渐转好。这意味着麦考依夫人有康复的希望。

就在那一周的周末，麦考依夫人听到我的呼唤后睁开了眼睛，甚至只是听到我的脚步声，也会睁开眼睛看看。她还缠着腹带，但是已经不像之前绷得那样紧了。麦考依夫人的脸部已经消肿，渐渐地恢复了原有的形状。当我坐在她的床边时，麦考依夫人望着我。这种眼神不单单是在看我，而是带着爱看进了我的内心。从她的眼神中，我知道她认识我。麦考依夫人对我的爱很特殊，不是父母对子女之爱，也不是对爱人之爱，而是对造物主的崇敬之爱，她信赖我，仿佛将一切都交给了我。我认识这种眼神，这是一种患者对医生的“移情”之感。

“移情作用”（transference）是一个来自精神病学的专业术语。弗洛伊德将它定义为患者在治疗过程中对医生的情感转移。这种情感实际上来源于患者对自己父母的情感。在两三岁的孩童眼中，父母仿佛是无所不能的，此时他们对父母的感情也是一种非理性的崇拜。而患者便有可能在治疗的过程中对医生产生类似的情感。在弗洛伊德看来，“移情”是

精神治疗的关键，也是精神状态转变的关键，因为这种情感赋予了医生原本没有的“全能力量”。“移情”一旦发生，医生的话语、点头示意甚至眨眼，对患者来说都是至关重要的，代表着接纳或者拒绝，骄傲或者歉疚，自爱或者自怨。至于麦考依夫人，我从她眼中闪烁的光芒里，看出了她对我的爱——“移情”的本质就是爱。她爱的自然不是我本人，而是坐在她病床边的那个医生。

“移情”对患者有很大的作用。麦考依夫人“移情”于我后，意味着她每天会等着我，等待着我的脚步声接近她。正因如此，她会坚持活下去。她的“移情”让她绝对遵从医嘱，努力让我高兴。我问她身体状况时，她信心满满，表示会努力配合治疗。她已经能够从床上坐起来自己吃饭了。麦考依夫人告诉我，她会尽力使自己强壮起来。做康复治疗的时候，她也是毫无怨言，总会主动迈出第一步，让我满意。除此之外，她也会尽力表现得让护士们交口称赞。有时，麦考依夫人的儿子们会来看她，她也会笑着与孩子们交谈。她积极地参与到病房的集体生活中，“移情”的作用让她勇敢地活下去。

事情就是这样。两周后，麦考依夫人已经不再需要束腹带了。她的腹水近乎消失，上肢和面部也不再浮肿，感染和出血症状也没有出现，她已经彻底醒来了。鉴于麦考依夫人的肝功能正在好转，护士将她从安静的半私人病房转到了更热闹的开放式公共病房。她在这个病房住了数周，我几乎每天都能看到她。

有一天，我注意到麦考依夫人的床头有一张珍藏的照片，这是她从旧生活的碎片中拯救出来的。这是一张黑白照片，泛黄褪色，因为折痕而反射着光芒。这是一条狗的照片，它是谁？

麦考依夫人告诉我：“这是我的狗，叫斯普力克斯。斯普力克斯陪伴了我很长一段时间。但是后来我搬去了单间分租房，那里不允许养狗，于是我不得不把它送走。”她沉默片刻，接着说：“你知道吗？狗其实和人类没有多大差别，我们有五种感觉，它们有四种，只是不能说话

而已。它们什么都明白，只是不能表达出来。”

“它们也明白政治和宗教吗？”我开玩笑道。

“它们什么都懂！”

*

就在我们交谈后不久，她出现在了医生办公室的门口。我们办公室的门总是开着，一是因为房间很小，更重要的是因为我们是病房的一个组成部分。通过敞开办公室的大门，我们可以耳闻目睹病房里发生的一切：救护车司机的来来往往，患者亲属、护士、志愿者，特别是患者的沉重脚步声、轮椅来往的滚动声。他们有时蹒跚前行，有时不慎跌倒，状况好时甚至奔跑起来。还有摔碎东西的声音、呼喊声、液体溢出的哗啦声、嬉笑声及低语声。偶尔病房也会陷入沉寂。即便如此，来访的人员还是会敲敲我们的门来示意。麦考依夫人就是这么做的。

“斯威特医生，您忙吗？”她问道。

我从桌上抬起头，这是我第一次看见她自己站着。她身材矮小，有一头深棕色的直发。黄疸消退之后，她的皮肤看起来是棕色的。墨西哥裔血统那招牌一样的棕色瞳仁让她的眼神充满温情。她站在门口，右手拄着手杖，左手拿着个盆栽。

“斯威特医生，我给你准备了一个礼物，星期六的时候我在温室里给你种了这个盆栽。”

我走过去接过盆栽。两片新叶种植在新翻的泥土里，是一盆小小的植物。我道了谢，将它放在了办公桌上。

“记得浇水哦。它特别好养，只要你一直给它浇水就行。”麦考依夫人嘱咐我。

大约一周后，麦考依夫人转出了收治病房。从那之后，我有差不多一年没有见过她。直到一天我穿过患者们集中吸烟、玩扑克的活动大厅时，麦考依夫人手拄着拐杖蹒跚着走来。她看起来状况非常好，身体恢复了正常，活脱脱一个健壮结实的五旬墨西哥裔妇女。

“斯威特医生，他们想让我出院，想把我送回单间出租房。”

听到这句话，我看着她，目光从她的面庞移到手杖，然后又回到麦考依夫人的脸庞。突然，我想起了她30次被送进急诊室，以及她被送到深池医院前的半年里那次长达两个月的住院治疗。我想起了那条束腹带，还有我从她腹部引流出来的两瓶蜜黄色腹水。同时在我脑海中浮现的，还有她眼中闪烁着的希望的光芒。

我告诉她：“你知道吗？如果你不能自主行走或因为膝盖不好需要坐轮椅的话，医院是不能让你出院的。”麦考依夫人的左膝盖不好，所以走路需要借助拐杖。

我们看着对方，一个眼神的交流，就彼此心照不宣了。

再见麦考依夫人，又是差不多一年后的事了。这次，她坐着轮椅出现在我的办公室门口。

她告诉我：“明天他们就要让我出院了。”

“你不能自己行走，他们怎么能让你出院呢？”

“他们知道我能走路。”

我们都叹了口气，然后握手告别。按照流程的要求，我与给麦考依夫人办理出院手续的社工进行了谈话。社工解释说，麦考依夫人的身体状况已经不再需要住院护理了，加上住院的费用高昂，所以她得出院了。

然而，我问社工，如果不是我们的悉心照顾，她不是还会不断进出急诊室，接受重症监护室的昂贵治疗吗？社工表示赞同，这十分令人惋惜，长期来看，让她出院其实更加昂贵，但是她对此也无能为力。

*

从那以后，我再没有见过麦考依夫人，但是，我看到过她再次被送进县医院急诊室的电子记录。

刚出院的几个月，麦考依夫人一切正常。半年后，这条记录出现了。一次急诊室就诊记录，不祥的是，这样的记录只有一次。她没有住进县医院，此后也再没有去过急诊。难道是因为救护人员发现她横死街头？或者麦考依夫人的情况其实很好，这一次被送进急诊室只是因为指甲旁生倒刺、咳嗽或感冒这样的小问题？又或者，这次去急诊的经历让麦考依夫人下定决心不再酗酒？

个中原因不得而知。

此后我经常会想起麦考依夫人。尽管她没有直接对我说谢谢，但是她送我的植物盆栽依旧在桌上顽强地生存了下来。我仍旧在探寻前现代医学奥秘的路途上。在我看来，花园就是前现代医学的一个重要隐喻：患者就像植物，而医生就是园丁。作为园丁，我之前时常忘记给植物浇水，这株植物在我的手里长得确实不太好。

相反，俄裔护士拉里萨·罗斯福却是一个称职的园丁。她曾经是一名小儿神经科医生。现在，她是个心地善良的护士，因为我的健忘而垂死挣扎的植物让她心疼不已。有一天，她站在我办公室敞开的门口说："斯威特医生，您的盆栽快死了，您得给它浇水。"

"我知道。"

"我要把它带走，我得救救这可怜的小东西。"

“好吧。”

接着，她拿走了小盆栽。我不知道拉里萨把植物拿到哪儿去了，没准拿回家了几天。但是她再次把植物拿给我的时候，它的状况大为改善，绿油油的，又有生命力了。

接下来的几年，拉里萨护士肩负起了照顾麦考依夫人的盆栽的任务。那盆植物也常绿长青，茁壮生长。它的枝叶向上生长，爬上了我桌边的墙面。接着长上窗口，又挨着我们的电脑爬了下来。在它就快爬过墙角，沿着墙面往上爬上杰弗斯医生桌子时，D&T[注]专业医疗咨询公司来了。

---

1. 巴黎主宫医院，由时任巴黎主教的圣兰德里（Saint Landry）于公元651年设立，是全巴黎乃至全法国最古老的医院，也是全世界仍然运营的医院中最古老的一家，文艺复兴时期以前，它是巴黎唯一的医院。
2. 以前的条件没这么好，这不是杰弗斯医生的幻想。深池医院1992年的年度报告白纸黑字地告诉我们，当时的医院运转良好。这家医院轻而易举就通过了年审。虽然当年经济处于衰退之中，但没有哪一项服务被削减。医院中没有流感病例，没有一张二百人长的等候入院名单，也没有一套新安装的洗衣系统。参见深池医院1992年年度报告。
3. 里诺（Reno），内华达州城市，以赌场闻名。
4. 关于“四元素”学说的完整历史，请参见Elizabeth Sears著The Ages ofMan: Medieval Interpretations ofthe Life Cycle（普林斯顿大学出版社，1986年版），以及Peter S. Baker撰“Byrhtferth of Ramsey, De Concordia Mensium Atque Elementorum”，收录于Rooted in the Earth, Rooted in the Sky: Hildegard of Bingen and Premodern Medicine（Routledge，2006年版）第162页。
5. 田德隆区（Tenderloin），位于旧金山市中心附近，以犯罪活动猖獗闻名。
6. D&T，德勤事务所的缩写。

第三章
突然造访——D&T专业医疗咨询公司

D&T专业医疗咨询公司没有敲门就进入了收治病房和医生办公室。无论是医院行政部门还是梅洁医生都没有提前向我们告知来访事宜。我们从拉里萨护士那里得知了这个消息。她在医院内部有广泛的消息网络，这些人脉大多数由她的俄罗斯同胞组成。

尽管我们的几百名同事来自世界各地，但其中的俄罗斯人着实不多，他们是特殊的群体。过去在俄罗斯，他们是专家，他们带着自己的医学知识和医疗技术，也带着自己特有的骄傲和偏见来到美国。比如说，我们的护士长赖莎在俄罗斯时曾经是一位肿瘤科医生，电工费多罗夫原来拥有一家自己的工厂。尽管这里的俄罗斯人不多，但是他们很清楚什么时候该保持缄默，专注倾听；任何时候只要看到一个正在秘密酝酿的官僚主义阴谋，他们都能一眼认出。所以，他们的信息对于拉里萨来说很重要。但是，她最棒的线人是俄罗斯裔救护车司机所组成的秘密组织。他们遍布整个城市，载着患者、比萨和一些见不得光的东西在街道上穿梭。他们的车上装着的还有各种谣言和八卦。

拉里萨的情报网远不限于俄罗斯人。拉里萨原来是医生，现在是护士，既是俄罗斯裔又是美国公民，既是俄罗斯东正教教徒，又是犹太人，所以她尤其擅长跨过职业、民族、宗教等等领域的边界。从医生到护士，从治疗师到门卫，几乎所有人都喜欢她，也都愿意把自己知道的消息告诉她。她聪明而有魅力，幽默又善于打扮，她还经常佩戴金色的细手镯和意大利围巾，散发着欧洲韵味，显示着她并未被彻底美国化。正因如此，拉里萨几乎知道这家医院里的所有秘密。同时，她也愿意用

自己知道的信息来换取别人的消息，或者用这些信息来使自己办起事来更容易。

拉里萨很清楚D&T公司今天会派人到医院来，她站在我们办公室的门口，得意扬扬地分享着自己所知道的部分消息。

市政府与D&T公司合作，以缓解政府在医疗方面的预算压力。[注] 据了解，D&T公司的代表会在医院待上数月，他们帮助政府节约的医疗费用的10%会作为佣金支付给他们。不过，拉里萨打趣说，要是D&T公司所提出的方案反而引起了费用上的增长，他们可是不会对此负责的。

我们不禁问，D&T公司打算怎样履行使命呢？

这一点拉里萨也并未听说。她只知道目前D&T公司的代表正在与医院的高管们商谈，他们正在研究工资单，尤其关注的是洗衣房和护理部。[注]说到这儿，她向我们投来一个意味深长的眼神，这种眼神几乎是所有俄罗斯人的标志。她告诉我，我负责的某个病人出现了膀胱感染，需要抗生素治疗。接着，她又朝我们笑了笑，然后变回了那公事公办的护士。杰弗斯医生、芬特医生、罗梅罗医生还有我面面相觑，然后也重拾自己的工作。

*

当时，罗梅罗医生完成了第二期住院专科实习，从内科病房转回了收治病房。她接替了拉赫曼医生的工作，后者终于付清了自己几十万美元的助学贷款，离开了深池医院，开始组建自己的家庭了。

罗梅罗医生搬到了拉赫曼医生的办公位，就在我们那张摇摇欲坠的木桌旁边。此后的许多年里，她会一直在这张办公桌前辛勤工作。正如拉赫曼医生在我入职第一天告诉我的，罗梅罗医生具有双重性格：她在我们局促的办公室中是机锋敏捷而又愤世嫉俗的；在办公室之外却又是

一副心胸宽广、极其热心，甚至看起来有些虚情假意的模样——她帮助那些无家可归的患者整理床铺，亲热地轻抚他们的下巴。

除了罗梅罗医生接替拉赫曼医生，以及病房外偌大的院区里多了些不知名的医疗咨询顾问在探头探脑之外，收治病房的生活和工作一切如常。我们甚至比以前更忙了，越来越多没有保险、只能依靠市里岌岌可危的社保体系的患者被收进深池医院。现在，我们日均收治四至五名患者。通常，这些患者都来自县医院，不过越来越多的患者来自市里其他的医院。他们中的一些人甚至直接从大街上被警察或者急救人员送入院。他们当时流离失所、神志不清，为感染和虱子所困扰。

让情况更棘手的不仅是越来越多的患者，还有他们愈加严重的病情。他们的病情更适合进重症监护室，而不是我们这样的救济院。不时有直接从其他医院重症监护室转来的患者，他们甚至都没有在急症医院的高级护理病房[注]住院观察上一两天。

尽管从20世纪80年代医疗政策上的决定可以多少预测出来，但这种患者人数的激增和病症情况的加重还是我们始料未及的。当时的政策改变导致了全国绝大多数的救济院被关停，接着，大部分免费的县立医院被关闭。最后，左翼和右翼政党的一次友好却并不明智的联合导致了州立精神病医院关门，[注]这才是巨大的灾难。左翼政客深信，任何形式的专门收容（institutionalization）都是有害的；而在右翼人士看来，这样的专门收容都是花费高昂的。

他们做出了以下妥协：关停大多数州立精神病院，这样一来节省下来的部分开支便可以拨给过渡性治疗所（halfway houses）。这样的话，过去的专业收容机构就可以重新回到社会之中。每一家过渡性治疗所可以服务五至六名患者，其工作人员都接受过精神病学专业训练，每周安排一名精神科医生来巡诊，以对刚出院的精神分裂症患者、躁狂抑郁症患者和脑损伤患者进行后续治疗。对于所有值得关注的问题来说，这都

是一项更加人道，也更省钱的解决方案，于是左翼和右翼政客都签了字。

然而，州立精神病医院被关停后不久，一场预算危机爆发了。随后，情况一发不可收拾，一场又一场的预算危机接踵而至。这种精细化的门诊治疗上的开支一减再减，最后被彻底取消。许多过渡性治疗所被关停。那些曾经被专门机构收容的患者只能流离街巷，得不到药物治疗、看护，甚至无处容身。

有些患者一开始情况还不错，特别是当他们发现毒品——海洛因、大麻、可卡因和酒精对他们的精神分裂、躁狂抑郁症和焦虑不安同样具有不错的缓解作用的时候。然而，在接下来的十年里，他们中的许多人和正常人一样开始患病——高血压、糖尿病和癌症。因为他们失业又无家可归，而联邦医疗补助计划——以前提供给“贫困成年人”的医疗保险——又被取消，加之免费的县立医院又大多被关停，这些曾经饱受精神疾病折磨的患者只有在生命垂危时才能接受到治疗。更加不近人情的是，一旦他们的身体状况稳定，医院就会让他们离开，出院时通常也不会给他们开任何的抗精神病药物。直至20世纪80年代，他们才获得了拒绝服药的权利。(注)

因此，他们在精神疾病之外又患上了身体疾病，而且就那么一直病下去。由于未经治疗，他们因糖尿病并发症而被截去双腿、失去视力，因吸食可卡因或者高血压没有得到有效治疗的而年纪轻轻地患上脑卒中，被细菌感染，感染随即扩散到心脏、骨骼和大脑。不仅如此，他们在斗殴、车祸、因自杀和嗑药而引起的跳楼事故中摔断了双腿、胳膊、脊椎和头骨。就这样，这些精神病患者浑身伤病，在街头暗自徘徊，流离失所。

最终他们会被救起，然后送到县医院，或者自己找到医院求助。至少在我所在的旧金山，他们还能找得到医院。在县医院，他们会得到救

治，病情得以稳定。除此之外，我们市的疗养院当时尚未全部绝迹，于是这些患者尚且可以被送到我们这儿来。在D&T公司来深池医院考察情况时，有大约三分之一的患者都是所谓的“三诊患者”，即同时有未经治疗的复杂内科疾病、病情已经充分发展的精神疾病及毒瘾三种诊断的患者。

*

在众多的患者中，我感到最遗憾的就是吉米·特纳。

吉米是我收治的患者中最瘦骨嶙峋，也是最疯狂的几个患者之一。在描述他的病症时，“疯狂”这个词恰如其分。给吉米看诊时甚至都不需要用到《精神障碍诊断与统计手册》里面的复杂诊断，他疯狂地认为自己是一台自动贩卖机。[注]20世纪80年代的那一场政策改革的意图很好，却导致了诸多失误。吉米也是这场改革的受害者，他不得不在我们医院北面不远处的一座景色优美的市立公园里栖身。他睡在一片树下空地上的睡袋里。他开始在那儿吃硬币，从25美分到1角硬币，无论大小，他都一律吞下肚。有人注意到（可能是另一个出院患者，或是一个小偷，甚至可能是一个好心的自行车骑警），吉米已经在公园的树下睡了很长的时间了。人们叫来了急救人员，他们发现吉米还活着，但是处于昏迷状态，也就是说他一直在昏睡。于是护理人员将他带回了县医院。

县医院检查发现吉米患有致命的贫血症（红细胞数量偏低）。这种贫血症极其严重，以至于他站起身就会昏厥。但是这种病症的起因却不是常规的溃疡或癌症导致的失血，也不是因为营养不良造成的缺铁。通过X光片，我们发现吉米的体内共存有价值1.26美元的硬币，散落在他的胃肠道之中。由于现在绝大多数的硬币并非由银、镍和铜打造，而是用锌制成的，所以结果就是吉米出现了很严重的锌中毒，他血液中的锌含量超过了正常指标的十倍。硬币中的锌渗透到了他的血液中，阻碍他对铜元素的吸收和利用，而铜是造血过程所必需的元素，吉米才出现了

严重的贫血症状。

县医院的医生们开始着手治疗。他们用泻药和灌肠剂清洗了特纳先生的胃肠道，从他的排泄物中确认的其体内的2个25美分硬币、5个1角硬币、3个5美分硬币和11个1美分硬币全部被清出。他们给吉米输血，且通过诊断排除他患有其他导致贫血的疾病的可能性，比如罕见的铜代谢异常。县医院的医生们还给他使用了昂贵的药物，甚至在必要时注射青霉胺(注)。尽管医生们尽了自己最大的努力，吉米仍然虚弱得站不起来。他吃得太少，都不足以维持生命。更糟糕的是，吉米还在找硬币吃。就这样，他们将他转到了深池医院，让他在我们这儿休息、放松和康复。

*

初见吉米时，我坐在病床旁边的一张椅子上。看到他，我感到震惊。

他看起来就像从集中营里解救出来的受害者。他的太阳穴凹陷，颧骨高高隆起。尽管接受了输血，他的面色依然灰黄且显病态。他头发稀疏干燥，泛红的颜色是蛋白质摄入不足的症状。吉米瘦骨嶙峋，我能清楚地看到他脊椎的每一节椎骨。他的肋骨凸出，我的听诊器都无法放在他胸前的正确位置上。透过他凹陷的腹部，我看见了他主动脉的边缘。那细瘦的四肢，几乎是皮包骨。

就目前的情况来看，吉米的主要问题是拒绝进食。此外，他也不跟我们说话，这样很难知道他到底经历过什么。他没有家人也没有朋友，我们无从得知他为何会开始吃硬币。幸好，县医院拿到了一份法院命令，让我们给他所需的抗精神病药物。(注)我希望吉米可以尽快开始进食，开口说话。

然而，这一过程花的时间比我想象中的要长。即便是在抗精神病药

物起作用后，他也从不多话。此外，虽然吉米看上去在尝试进食，他还是吃不下去，或者不愿意吃。他告诉我感觉有些恶心，接着就吐了。于是我调整了他的用药，给他做了几次检查之后，发现由于高血锌、低铜血症及严重的贫血，他身上出现了第二种不良反应。这种不良反应导致他的食道（所谓食道，就是将食物从口腔输送到胃的一根肌肉管）里出现了梗阻。这里的梗阻并非另一枚硬币，而是一种网状物，一层在患者出现严重贫血时可能会增大的奇怪组织。尽管没人知道这张网产生的原因，但是它把食物中的营养都挡在了胃部以外。吉米需要插管进食。我们得到了另一张法院命令，允许我们穿过那块网状的梗阻，让插管进入他的胃部。经过这样的治疗后，吉米的情况开始改善。

病情改善很显著。由于他胃肠道里的硬币被清除，营养物和维生素通过胃管进入他的身体，再加上头顶有屋顶庇护，身下有床铺供他安歇，还有抗精神病药物辅助，吉米好得很快。他的身体将过量的锌元素排出，体内的铜元素含量也趋于正常了。于是，他的贫血症状痊愈了，食道中的奇怪网状组织也自溶了，我们就拔出了胃管。吉米逐渐开始自主进食，食量相当大。他不仅是我见过最瘦的患者，还是增重最快的患者。经过三个月的治疗，他看起来体态正常，整洁得体。此时吉米的体重已有63.5千克，一头红发闪着光泽，梳得整齐。体格健壮的吉米看起来比他31岁的实际年龄还要年轻些。对于这些改变，我感到既骄傲又高兴。

同样感到高兴的，还有吉米本人。入院后四个月的一天，他告诉我已经准备好出院了。他已经不需要在这里休养了，吉米已找好住处。这不是什么大不了的，他以前又不是没找到过。他不再需要政府给的食品券和一般救济[注]，也不再需要社会工作者的帮助，因为现在的吉米已经强壮无比，且找到了工作。而且他也不需要药物了。维生素？不用了。神经系统药物，也就是那些让他的思绪停在人间的药呢？不要了，谢谢。他不觉得他还需要那些药，真的不要，他也不喜欢这些药。在吃这些药的时候，他无法正常思考。

此外，我当时已经知道，精神科医生认为吉米目前已经恢复了行为能力。也就是说，即便他现在仍会发疯，但是只要症状没有严重到对自己或者其他人造成威胁，吉米就是有权拒绝服药的。[注]即便他目前表现正常，不再认为自己是一台自动贩卖机，也不再服食硬币的唯一原因是因为法院命令强制其服用抗精神病药物，也一样如此。精神科医生告诉我们，我们可以为吉米申请一位永久保护者，也就是一位有权代表吉米本人申请精神治疗的法定监护人。但是，这位精神科医生同时也告诉我们，在这座城市里申请一名永久保护者难度很大，原因是这一群体本身人数较少，而且他们很少会接手我们医院的患者，因为他们知道这些人被照顾得很好。而且吉米的状况看起来、听起来都不错，所以，没有哪个法官会剥夺他拒绝服用药物的权利。

对于这份评估，我既失望也表示理解。

因为我知道，在20世纪80年代，与废除州立精神病医院差不多同时，还有一项同样出于善意，但结果也同样堪称灾难的医疗改革决策，那就是决定赋予精神病患者选择赞同或拒绝治疗的权利。这一举措是为了应对20世纪精神治疗的泛滥，比如对同性恋者的强制收容，对焦虑症、抑郁症、不配合治疗的患者采取电击疗法，对仅仅是不服从安排的人施行前脑叶白质切除术[注]。兰托斯夫人的经历告诉我，这种使强制精神治疗措施难以实施及先征得患者同意才可服用抗精神病药物的政策本身是没有错的，也是有必要的。

初识兰托斯夫人时，我正在帮助一位休假的医生照顾患者。说“初识”，或许有些夸张，因为那一次我正经过她的病床要去照顾另一位患者。就在此时，她突然让我停下了脚步。

兰托斯夫人年迈的身体矮小而消瘦，她看起来就像是《格林童话》中的女巫。她的四肢蜷缩起来，所以整个人显得更加瘦小，只占据了窄小病床的三分之一。我经过她身边的时候才发现，虽然兰托斯夫人的眼

睛睁着，却没有聚焦在我身上。她只是空洞地望着一处，用极度痛苦和绝望的声音一遍又一遍地重复着：“我的猫，我的猫，我的猫。”

正是这样的呼喊让我停下了脚步。

这位患者是谁？她为什么会在这里？

从那一页已经泛黄的、50年前由打字机打出来的入院报告上，我发现兰托斯夫人1958年从一家州立精神病院转入了深池医院。20世纪40年代，在她丈夫的要求下，兰托斯夫人首次被送入州立精神病院。病历上写着当时的入院原因是“她不能保持居所整洁，没有表现出一个好妻子应有的品德”。那时，医学界实际上尚不具备治疗精神疾病的有效方法，大多数患者只能入院，然后无限期地住在病房里。如果有必要的话，还得被限制行动。很显然，兰托斯夫人正属于这种情况。

当治疗精神疾病的首个有效方法被发现的时候，世人将其奉若奇迹，其发现者也被授予了诺贝尔奖。这一治疗方法的基础是一份对连接大脑额叶和脑部其他部分的神经进行切断后的观察报告。这一疗法可以使精神分裂症患者冷静下来，甚至治愈他们。它被称为前脑叶白质切除术，至1952年人们首次合成了精神科药物氯丙嗪，这类手术已经实施了上千上万例。这些手术很多获得了成功，患者被治愈或者多少得到了改善，被允许出院。[注]

然而，许多手术并没有使患者的病情改善，反而有一些人的病情因此恶化了。很不幸，兰托斯夫人也是其中之一。早在20世纪50年代初期，她就接受了前脑叶白质切除术，但是手术失败了。不管她是否患有精神分裂症，手术后兰托斯夫人再也没能回到家中清扫屋子，成为一个称职的妻子。她的身体逐渐萎缩干瘪，不久她所在的州立精神病院也被关闭了。之后，兰托斯夫人就被送到了深池医院。在这里，护士每两个小时给卧床的她翻一次身，以防褥疮产生。从那时起，兰托斯夫人就以尖锐而又痛苦的声音整天重复呼喊着：“我的猫，我的猫，我的猫。”

也正是由于有像兰托斯夫人这样的患者，现在的吉米·特纳先生才赢得了拒绝精神病治疗的权利。只有当他的疾病发作时，才有治疗的必要。但是即便特纳目前的健康状态是由于之前强制服药才得以维系的，他也可以拒绝继续治疗。

在很大程度上，这一决策是正确的。然而，正如我们社会中诸多以善意作为开端的政策一样，一旦变成法律法规，就变得棘手难办。它也变成了一项法律，而且，由于只因有些人不顺从我们的合理意见就对他们采取治疗是不正确的，所以我所见过的诸如吉米这种重度精神病患者（即精神分裂症患者）越多，我越倾向于认为精神分裂症从根本上来讲不是一种精神疾病，而是一种存在精神性并发症的身体疾病。

当我首次阅读荣格的著作并立志成为荣格一样的精神病学家时，我就接受了将精神分裂症看作一种具有哲学意义的精神疾病的看法。那之后，我开始了在精神科做实习生的生涯，目睹了抗精神病药物屡获成功，然而我无法确定使用药物改变他人的世界观是否符合伦理。

但来到深池医院之后，我在更长的一段时间里见到了更多的精神分裂症患者，我被他们模式化的症状深深地震撼了。精神分裂症患者不分血统，有华裔、菲律宾裔、英国裔，也不分宗教背景，涵盖犹太教、希腊东正教和伊斯兰教，他们的共同点都是对某种人无来由的畏惧。他们畏惧的可能是美国联邦调查局的特工、克格勃人员，也可能是犹太教神秘人员和魔鬼撒旦。这些患者认为这些人在跟踪他们，偷听他们讲话并与他们对话，给他们下达命令。一旦给他们服用了抗精神疾病的药物，他们大脑中诸如多巴胺、5-羟色胺和其他我们尚未知晓的化合物的作用就会受到抑制，这样，他们的症状就得到了改善。他们狂躁呼喊的声音变小了，那萦绕在他们周围的恐惧感也减轻甚至消失了。

于是，我逐渐相信精神分裂症的根本并非精神疾病，而是一种可被有效治疗（如果说还不能完美治愈的话）的身体疾病。这种疾病或许是由体内某种化学物质的缺乏导致的。因此，精神分裂症就无异于我们的

身体因缺乏其他化学物质而患上的疾病了。比如，如果缺少了胰岛素，我们就会患上糖尿病；缺乏甲状腺激素，就会导致身材矮小；缺乏肾上腺皮质酮则会导致血管扩张。除了身体上的症状，缺少这些化学物质同样也会导致精神上的问题。我还了解到，患有精神分裂症是一种痛苦的体验。它让患者感受到恐惧和孤独，让他们从噩梦中突然醒来，让他们沉浸于无尽的恐惧之中。正因如此，我无比希望自己能治愈这种疾病。通常，精神分裂症患者都无法意识到自己的病情，治疗精神分裂症的方法也不会比治疗因低血糖、甲状腺素过多或者肾上腺皮质酮缺乏而导致的幻觉更加复杂。我们只需要弄清楚哪里出了问题，患者需要什么。

因此，在我看来，允许吉米在不接受进一步药物治疗的前提下自行签字出院是个错误的决定，这无异于让一名精神错乱的患者放弃治疗，签字出院。精神科医生同样强调了这一点。他告诉我们，如果我们声称吉米神志不清的原因是他身体的某种疾病，比如艾滋病、梅毒或者肝豆状核变性[注]，那么我们无须征得吉米同意，就可以对他进行治疗。但是，对吉米这样的精神分裂症患者呢？答案是不行。

就这样，在4月初的一个晴朗的春日，吉米·特纳先生这位已恢复正常的疯子带着他未被治愈的精神分裂症离开了医院。他穿着从医院服装部拿的李维斯的牛仔裤和格子花呢衬衣，缓慢且两手空空地走出了医院。然而，几周后社工告诉我，人们在公园的一处空地发现了吉米，他已经死了。

对于他的死，我遗憾至今，因为吉米的死亡完全可以避免，就像我们帮助肺炎患者免于死亡一样。或者从某种意义上来说，吉米所遭受的这一切本都可以避免。

*

我对希尔德加德和体液医学的学习也一直在进行着。我修完了布朗教授所要求的所有课程，以及韦茨博士所在的医学史系所开设的所有课

程。此时，我已经顺利地进入了硕士论文的准备阶段。

正如韦茨博士在面试的时候告诫我的，他所在的院系非常小。这个系的发展受到一种不认可历史学价值的现代主义的阻碍。19世纪末，医学史才正式发端，也就是在那时，现代医学取代了体液学说。在此之前，尽管有记载伟大医生的历史，例如希波克拉底和盖伦[注]的生平，也有关于诸如奎宁和咖啡因等新药的历史记录，但是医学史在那时尚不存在。正是由于前现代和现代医学之间的不连贯性，使理解这些现在看上去已经无法理解的过去的需要显现出来。

但韦茨博士来到学院时，这个系最繁荣的时期已经濒临结束。在他的任期中，现代医学发展日新月异，过去的医学历史对人们的吸引力日渐减小。因此，每年拨给他的经费越来越少，得到的捐助也被挪用，他的这个小小的系受到了威胁。他为了解决这个问题尝试了所有的方法。每年，在学校的预算委员会成员面前，韦茨博士都仔细陈述，希望为医学史系多争取一些经费。他在系里开设了卫生保健学的研究课程，并把系名从医学史改成了医疗卫生学历史（History of Health Sciences）。他举办免费公开课，成功募得大额赞助，与新晋的博士后人员、博士生和另一位叫作杰克·普莱斯曼的教授一同将自己的院系发展壮大。

杰克跟韦茨教授不同，他并不是一位内科医生。杰克当年并没有进医学院，而是直接进入了研究生院，攻读科学史方向的博士学位。这已经不再新奇。现在，新一代的医学历史学家拿的都是哲学博士而非医学博士学位。他们是学者，而非医生。他们站在患者而非医生的角度上研究医学。实际上他们对于医生的视角持怀疑态度。他们认为医学的专业化只是单纯的强权政治罢了。尽管杯水车薪，但这一批学者对20世纪80年代与90年代的医疗政策改革决策造成了极大的影响。例如，关停州立精神病院的决定就是基于一位博士研究生关于精神疾病患者的专门收容机构的负面影响的研究成果。[注]杰克年轻而又朝气蓬勃，我们一见如故。他快人快语，笑口常开。杰克的性格与韦茨博士的性格像地球的两

极一样形成了鲜明的对比。尽管只有这两个人，但对我的研究来说，这是一个优秀的团队。

我的硕士学位论文将为日后的博士学习阶段拉开序幕。此时，杰克和韦茨博士想让我回答的问题是：希尔德加德医学体系的时代背景是什么？换言之，在她的时代，也就是12世纪，还有谁在行医？他们接受的又是怎样的医学训练？他们在治疗患者的时候，用的都是什么药物？他们秉持的又是哪种医学理论？杰克和韦茨博士认为我可以将我们对于前现代医学已有的理解“运用”到希尔德加德身上；反过来，我会将从希尔德加德的医学体系中学到的知识“回填”到对前现代医学的理解中。事实上，在这项研究中我并没有前人的足迹可循。历史学家们只是将希尔德加德的医学简单地解释成基于信仰和祷告的宗教医学，尚未有人尝试过将希尔德加德的医学理论当作理解前现代医学的阶梯，或者反过来用前现代医学来阐释希尔德加德的体系。

我从12世纪的德国，也就是希尔德加德周围的医疗手法开始自己的研究。我了解到那时候有许多不同种类的医疗从业者——修士、接受过大学教育的医师、草药医生以及犹太医生。他们学医的途径也各不相同：有人通过做学徒来学医，有人是大学毕业的学院派，也有通过传承家人及朋友技艺而学医的。他们用德语、拉丁语和希伯来文等各自的语言文字写成医书，其中有许多传承至今，我有幸对其进行了研究。我惊奇地发现，即便这些医书是用不同的语言文字写成的，且各自的文化背景并不相同，可它们都很相似：它们都有一个简单实用的结构。具体而言，医书的开篇都是对于四元素体系的简单解释；接下来，是关于体液体系的详细论述；最后，对于人体的疾病按照从头到脚的顺序开出了一系列草药处方。

我把希尔德加德的著作《病因和诊疗》（*Causae et Curae*）与这些医书对比时，发现它们别无二致。它们的结构相似，内容同样务实，基于药物而非祷告。此外，希尔德加德在看待问题时的确有自己的独到见

解，她的书涵盖了其他医书中所没有的内容，比如给患者放血的技巧，还有艾灸的方法。她还专门用一个章节来讲述如何照料家畜。在我看来，这一部分内容十分古怪，特别是她为治疗骡子头痛所开出的药方。总而言之，希尔德加德的医书简单而直接地反映了12世纪普遍的医学实践。

就这样，我将自己的论文整理完成，最后经杰克和韦茨博士审核通过，顺利地进入了博士阶段的学习。

我决定在博士阶段进一步深入地研究希尔德加德的医学。我决定潜下心来，沉入希尔德加德的生活，去体验她所接受的教育和医学训练。我会融入她的时代背景，最后亲自体验她的行医方式（就好像这种行医方式其实是我的东西一样），这也是我最想深入理解的部分。

韦茨博士这时站了出来，评价说我的研究计划太过宏大，会花费数年时间，甚至要在欧洲过上一段时间，到那里的古籍图书馆中研读中世纪医学手稿。

我告诉韦茨博士，我并不介意这些。我非常享受每隔一天就在治疗病人和在图书馆探索希尔德加德的医学世界之间切换角色。实践和理论可以彼此启发，而且我很喜欢这种有变化的生活。特别是当我看到D&T专业医疗咨询公司的报告后，更是发现自己在深池医院的工作开始（虽然还只是刚刚开始）变得有一点困难了。

*

凯瑟琳告诉我，D&T公司已经完成了为期6个月的调查，就要离开深池医院了。

我们医院里有几位信仰天主教的爱尔兰裔护士，凯瑟琳就是其中之一。她一头红发，皮肤白皙光滑，配上湛蓝色的眸子，她的脸孔显示出

诚实天真的样子。爱尔兰天主教徒是医院护士里历史最悠久的一个派别，她们从1862年的市救济院护士那里得到传承，继续追溯，她们的前辈是那些在救济院得名之前的年代里照顾患者的修女，在中世纪，这种地方还叫作收容所。

我很喜欢凯瑟琳。她体贴细心，具备职业道德而且勤劳肯干，是个好护士。凯瑟琳具备修女三项传统要求[注]中的两项，她顺服、稳重，不过凯瑟琳因为已婚，肯定就不可能守贞了。她在我们这里接受实习护士的训练，取得注册护士证书后，她留在了收治病房。随着工作年限的增长，她可以在护士的晋升体系里从楼层护士升职到主管护士、护士长，直至护理主管，不过她永远也不可能晋升到护理部副主任这样一个受人尊敬的职位上。

我们在走廊偶遇时，凯瑟琳将我拉进旁边的壁橱间，然后关上了门。

她这么做是有原因的。护理部主任莱斯特小姐不赞成医生与护士交朋友。建立朋友关系、培养信任感，即便是冲咖啡和挂衣服这类护士对医生最简单的照顾，在她看来也是值得怀疑的。那些对医生表现得过于友好的护士都会神不知鬼不觉地被转去其他病房并且被安排值夜班。除了拉里萨，所有的护士都要顾忌这一点。

就这样，我对于许多病房内的壁橱间都了如指掌。我很喜欢这样的空间，尤其是收治病房里的这一间。它比医生办公室稍小一些，在它的最深处同样有一扇长窗户。木质架子沿墙面而立，上面放满了患者用的白色毛巾、床单和棉布毯子。因为这些壁橱间通常都气味清新且有暖气，所以这些毛巾、床单和毯子在拿出去的时候都是干净且温热的。更重要的是，这些壁橱间是很私密的地方。

“你知道吗？”凯瑟琳问我，“D&T公司的人昨天走了。”

“真的？要知道，他们从来都不跟我们医生说话。”我告诉她。

“咳，他们也不跟我们护士说话。”

“你听说了些什么？”

“嗯，他们不太喜欢我们。他们也不喜欢医院的建筑，这开放式的病房、敞开的窗户和开阔的空间，他们都不喜欢。但是，他们很清楚除非更换病房，不然他们什么都改变不了。于是，他们的主要建议就是把护士长的人数削减一半。”

“那他们具体想怎么办呢？”我问。

“他们打算把护士长（Head Nurse）的头衔改成护士经理（Nurse Manager），然后让每位护士经理从管理一间病房增加到管理两间病房。她们会随身携带一个呼叫器，以便同时监督两间病房的情况。”

说完，凯瑟琳试图在我脸上找到愤慨的表情，但实际上我实在不知道该说什么好。这个主意听起来并没有那么糟糕。将护士长的人数减少一半，可以节约不少开支。而且，直到那时我都不清楚护士长到底具体是做什么的。我只知道在收治病房，护士长当然是非常忙碌的，因为我们有36名患者，每日有五至六名患者要入院，还有四至五名患者要出院。以这样的工作量来说，我实在是不能想象她同时照顾两间病房会是什么情景。

我也知道护士长们构建了医院的护理结构，正如一间间病房构建起了整个医院一样。每位护士长负责一间病房，沿袭的是中世纪修道院的传统。最早的修道院医院修建得像教堂一样，病房最深处设有圣坛。患者的病床沿墙摆放，床头上方有窗户。每间病房由一名修士或者修女负责看顾。

中世纪之后，医院和救济院采用了其他的组织结构。但19世纪中

叶，弗罗伦斯·南丁格尔（Florence Nightingale）[注]在她的著作《医院札记》（*Notes on Hospitals*）[注]中表示还是更喜欢中世纪那一套。南丁格尔认为医院应该由单独的病房组成，并将病房称为“阁”。她建议每间病房收治30名左右的患者，他们的病床沿墙壁依次排开，日光浴室设立在病房的最深处。每间病房都应该独立于其他病房存在，并在有需要的时候发挥一间小规模医院的作用。最重要的是，每一间病房都要有一名护士长，她坐在病房前部，全部30名患者都能一抬头就看到她。护士长就是病房里管事的人——一个护士长，一间病房。

南丁格尔的建议解释了为何我们的病房要以现在的结构建成，为何每间病房要容纳30名患者，在最深处设立日光浴室且有一名护士长在病房的最前端，为何一名护士长全权负责一间病房。实际上，这样设计的病房不论在建筑形式或实际功用上，都是大医院中的一间间小医院。

每当我去其他病房巡访的时候，都会发现不论每间病房在建筑风格上多么相似，它们都有着各自不同的氛围，或欢快或忧郁，或安静或喧闹，或充满社交气氛或冷清孤僻。每间病房的装修风格各异，里面居住的是病情不同的患者，他们就像是住在医院这个大村子里的邻居。不过直到跟凯瑟琳的那次壁橱间交谈之前，我没有专门思考过，究竟每间病房的个性是否，或者在多大程度上取决于管理它们的护士长。我可以肯定的是每当我走进病房，护士长总是坐在四周装有玻璃的护士站里，在那里监督着她那间病房里的患者和医护人员。同时，她还要负责接听电话、整理表格记录、与患者家属交流，并且在护士们忙不过来的时候予以帮助。没错，将护士长的数量削减一半确实能够节约一大笔开支，但我没有告诉凯瑟琳，我并不确定这样做是否正确。

*

几个月后，D&T公司的研究报告[注]终于出炉，内容和凯瑟琳告诉我的一样。

D&T公司的报告指出，他们在深池医院的发现令人吃惊。医院里有大量的老化设备和狭窄的空间，宽阔的铺砖走廊、深长而敞开的窗户以及聚集在大厅里吸烟的众多残疾患者令人印象“深刻”，他们还看到患者用褐色的纸袋盛水喝。这种种都令他们震惊不已。治疗师花了太多的时间料理鸟舍、温室和空地，住院的牧师、修女，以及住在未被使用的一翼的足科医学生们都令他们无法接受。

他们在报告中重点指出的是，为什么整个医院38间病房都要不合时宜地配备护士长。据他们所说，这些护士长整天坐在护士站里无所事事。当然，她会接听电话，整理文件表格，时不时地出去跟一名她所管辖的护士一起查查房，去看看患者们的情况。此外，她还负责冲咖啡、保持电视房和休息室的清洁、组织患者的生日派对活动。总而言之，就是做这些细碎而必要的事情。D&T公司的研究报告指出，护士长是一份不错的工作，她所做的对患者和医生皆有帮助。然而，在弗雷德里克·泰勒[注]发表科学管理理论的100多年后，在医疗开支日益收紧的今天，雇用一位护理技术娴熟的注册护士来做这样的工作无疑是一种浪费。他们声称自己甚至见过一位天天只是在织毛线的护士长。没错，据他们所知，有一个护士长每天坐在病房最前方的护士站里，别的什么都不干，就给患者们织毯子和袜子。

因此，他们提出的主要建议就是改革深池医院的护理结构。护士长这一职位应该撤销，用护士经理这一新职位取而代之。一名护士经理需要负责两间病房而非以前的一间，她们的职责不再是接听电话、整理文件表格或者帮助照顾患者，而是从事人员管理工作。这里所谓的人员管理，是指制订出最快速、最高效的护理方案。

要达到这一目的，必须投入大量资源对剩下的护士长们进行重新培训。这意味着我们需要投入许多时间来开培训会。D&T公司的人相信，这样做最终会使我们的组织机构更加高效和紧凑。他们很肯定，举措一出立马就会给医院带来开支缩减——每年能节省19个护士长的工资，约

合2000万美元。根据合同约定，D&T公司能从中获得10%的佣金。

尽管这份报告的全文一直未被公开，却还是在院内造成了一波不小的骚动。不久，医院就裁撤了一半的护士长。不过，这一部分护士长没有被解雇，只是被安排到了其他行政岗位上。剩下的一半护士长则被冠上了一个新头衔，人手一部呼叫器，在接受了科学化管理的大量培训后开始一人管理两间病房。至于她们曾经负责的工作内容，医院并没有派专人接手，而是让有空闲的员工顺便代劳。

*

在我看来，D&T公司的人给我们上了一堂如何在高效中找出所谓低效行为的课程。他们做的就是告诉医院，有护士长在织毛衣。他们说的当然没错，因为就是有一位护士长每天都在护士站里编织。

我第一次见识到这位护士长的手艺，是在最初参观医院的日子。那一次我穿过大厅去别的病房，正好看见两位老太太坐在病房外。有人用轮椅把她们推到了那里，让她们有机会看看走廊里穿梭的人群，感受这个生动的世界。两位患者看起来很相似，都是满头银发，瘦小的身躯安安静静地坐在那里。吸引我驻足的是她们身上搭着的毯子。左边的老太太身上披着的是一条蓝白相间的手工编织毯，看起来很厚实，右边的那位则被一条紫色与白色相间的手工毯包裹起来。

回到收治病房，我向拉里萨打听毯子的事情。她告诉我那间病房的护士长发誓说要给自己病房的36名患者都织出毯子和袜子。她说我真应该去看看。于是，我就走回了那间病房。

这间病房里的36名患者全都是年迈的老太太。银发、瘦小和老迈是她们的统一标志。当然，她们的另一统一标识就是手工编织的毯子，有的披在身上，有的叠放在床上。这些毯子分别是白色和红、绿、黄三色搭配。在护士站里，就有一位护士长时而接听电话，时而专注地整理表

格，时而观察着她负责的患者，不忙的时候就给剩下还没有毯子的几个患者编织属于她们的毯子。

护士长这个职位和她们所掌管的运营良好的病房消失之后，我想了很多。这些毯子对患者来说意味着什么，它们的价值究竟有多大？对我来说，这些毯子吸引我驻足观看。它们标志着那位护士长的体贴和对患者的关爱，我们每个人都为之侧目。

注意到并赞美这些毯子的并不是那些得到它们的老太太，注意到这些东西的是其他的所有人。来探病的家属注意到了它们。家属们沿着病房中央的走廊望去，可以看见两边是两排白发苍苍的老太太，这是他们的母亲、叔祖母和姐妹，每一位老太太身上都裹着一条颜色鲜亮的手工毯子。家人们同样注意到，老人们都面带笑容，银发绾成髻，指甲都亮晶晶的。完成这些悉心工作的正是坐在护士站里编织毯子的护士长。俄罗斯裔的救护车司机来接这些老人的时候，也注意到她们都身披着图案各异的毯子。他们还注意到护士站里的护士长总是在忙碌地接电话、整理文件表格、把他们指引到要接走的病人身边。甚至连医生们也注意到了，我们都被这些毯子吸引着，他们知道，这都是护士长的关心和爱。

我对于手工毯的记忆维持了数年之久，这期间我们又经历了许多次调查。每当我经过某位裹着毯子的老太太，都会想起那个护士长，想起她的誓言，想起D&T公司，思考何为高效。因为这些毯子代表的不仅仅是关心和照顾。护士长一针针编织的声音，是一种事情都已经做完了的标志，尽管在D&T公司的研究人员看来，那个护士长除了织毯子之外什么都没做。而这种无为，正如《道德经》所言，是圣人为之于未有。[注]

最终，我们习惯了这种新的管理模式。剩下的工作人员逐渐学会了在双眼盯着屏幕或者填写护士经理制定的新表格的时候，同时接听电话、整理表格、接待病人家属、协助医生的工作、巡视病房，或者帮助其他的同事。但这种新的工作模式也有弊端，那就是让工作人员承受了

很大的压力。护士长人数被削减一半之后，医护人员请病假的次数增加了很多。此外，工伤、残疾和提前退休的情况也越来越多。患者中出现的问题也不在少数，摔伤、褥疮、打斗和划伤出现得更加频繁，他们的心态也没有以前积极。从更宽泛的层面上来讲，所有这些问题即使从经济角度来看都谈不上高效。

我们所做出的改革和关停州立精神病医院在性质上并不相同，后者当时在纸面上看也有提高效率且节约开支的结果。这些效率和节约都只存在于纸上，在现实世界中则截然相反：节约预算的良好愿景会被抹杀，理想免不了低头妥协。有时，办公软件的电子表格中所没有的东西，才是让一套体系甚至一家医院运转的关键。

*

D&T公司的报告教会我的不仅是看清高效中貌似低效的东西，还让我看清了低效中的高效率。

这种高效，不是被D&T公司弃如敝屣的护士长的职责，甚至也不是她们在医院这个村庄里对病房内邻里关系的谨慎构建。这种高效体现在护士长们对非工作时间的运用上。护士长们并没有将这些时间据为己有，而是将它们全部奉献在工作人员和病人身上，医生当然也包括在内。这些在D&T公司看来毫无效率的闲暇时光，正是深池医院的独特魅力之一。随着护士长一职被撤销，在纸面上我们提高了经济效益，护士长们那宝贵的闲暇时光也告终了。一同消失的，还有深池医院对患者精神世界的关注和关怀。我发现，在低效和深切照顾之间，存在着某种联系。而我心中的一位英雄，帅气的柯蒂斯医生就是其缩影。

---

1. 不能为此责怪市政当局，加州当时刚刚通过了一项法案，要求县级医疗部门与私营医疗保健服务供应单位（即私立医疗机构）进行竞争，因此，市里必须提出某种“企业式的解决方案”。后来我了解到，本市的医疗系统决不是D&T公司重新改造一家医院的唯一机会。大约和我们深池医院同时，该公司也被请去改善波士顿的一家医院——贝斯以色列女执事医学中心（Beth Israel Deaconess Medical Center，该医院也是哈佛大学医学院的

一家临床教学机构）的财务状况。关于这件与我们在深池医院的经历同时发生的事情的结果，请参见Dana Beth Weinberg著Code Green: Money-Driven Hospitals and the Dismantling ofNursing（康奈尔大学出版社，2003版）。作者在书里写道："大多数情况下，都没有第一线员工参与其中；他们没有参与到特别工作组或会议中去（第40页）……由于忽略了护士与患者之间良好关系所潜藏的治疗价值，管理人员坚称，医院无力纵容护士们将时间奢侈地用于了解患者上（第179页）……（院方）追赶医疗产业的潮流所采取的用来解决其自身问题的那些重建策略本身就是一个问题（第183页）……证据显示，从员工身上挤出更大产出的那些尝试实际上增加了医院的成本（第186页）。"

2. 洗衣房是我们医院历史最悠久的部门。它位于地下室里，长度跟病房一样，在它上面每一层的墙上都安装着一个大大的金属篮子，篮子连着一条通往地下室的斜槽。一百年前，洗衣房里的工作人员是希望通过工作来抵偿自己住院费的病人。洗衣房里面让人感觉很不错，它的木质架子上装满了一堆一堆浆洗过的床单、睡衣和白大褂，这些衣物都散发着干净织物特有的气味。洗衣房为全医院提供服务，事实上由于它还给其他许多家医院洗衣服，所以这个机构还能为市里赚钱。全天都有小货车开过来，把脏衣服送给洗衣房，然后把洗干净的衣服拉走。这里很繁忙，但成本效益一般，因此D&T公司经过计算，认为如果把洗衣服务外包出去可能会更好。市政府同意了这个方案，D&T公司得到了改革后头两年省下来的开支的10%作为佣金。但是其并没有分摊这一计划带来的成本增加，这些成本后来变得相当可观，因为洗衣工人们仍然为市政府工作，然而市里面却不会再因为为其他医院提供洗衣服务而获得收入了。但尽管如此，市政府还是要为洗衣服花钱，而且这笔开销里还多了一笔将衣物运给外包单位的额外支出。

3. 高级护理病房（step-down unit），刚脱离生命危险的病人所居住的、护理等级较普通患者更高的病房。

4. 关于州立精神病院关闭的历史，可参见Steve M. Gillon著Thats' Not What We Meant to Do: Reform and Its Unintended Consequences in Twentieth-Century America（W. W. Norton& Company，2000年版）中的"Politics of Deinstitutionalization"（《去收容化中的政治》）一文。根据Gillon的说法，肢解了州立精神病院的是1963年的《社区精神卫生法案》（Community Mental Health Act）。由于1946年《生活》杂志刊发"Bedlam"一文、1948年电影《蛇穴》披露了州立精神病院的状况以及1952年氯丙嗪（当时最有效的抗精神分裂药物）上市，罗伯特·菲利克斯博士起草该法案以应付这一局面。肯尼迪总统提出了一揽子改革方案，而菲利克斯博士承诺，社区精神卫生中心可以替代州立专科医院。此外，为了鼓励病人从州立医院出院，联邦医疗补助（Medicaid）决定，该机构将不再为各州在精神病院接受治疗的患者所产生的费用报销，而是给"并非单纯为治疗精神疾病而设计"的机构中的患者提供治疗费用。此后发生了什么呢？在承诺建造的2000家社区中心中，只有768家投入了使用，但州立医院里的精神病人还是出了院。精神病人的数量从1963年的50.46万人减少到1980年的13.8万人，许多人流落街头或者进了疗养院。到1977年，各类疗养院中130万患者中有87%都确诊患有慢性精神疾病（见Gillon著作103页）。在深池医院里，我的病人里有大约三分之一患严重的精神疾病。后来，菲利克斯博士承认，州立精神病院的关闭是他有生以来最大的错误。

5. 相当一部分美国政客、媒体和民众认为，强制收容精神病人是严重侵犯人权的行为，这也是所谓“去收容化”（即关闭专门收容精神病人的机构）得到政策支持的原因。上述所谓拒绝服药权，也是为“保护”精神病人可以不被医院强制给药而做出的司法裁决：根据美国联邦第一巡回上诉法院的一项判决（罗杰斯诉奥金案）和新泽西联邦地区法院的一项判决（伦尼诉克莱因案），有行为能力的患者有权在非紧急情况下拒绝治疗，除非有一份法院命令批准这种治疗，且这项权利是一项宪法权利。

6. 吉米的精神问题并不罕见。比如说我们可以参考Swait Pawa等的论文“Zinc toxicityfrom massive and prolonged coin ingestion in an adult”（《一位成年人长期大量吞服硬币所引起的锌中毒》），该文刊载于《美国医学科学期刊》第336卷第5期（2008年11月号），描述了一名38岁、会吞食硬币的精神分裂症患者。另参见Daniel R. Bennett等的“Zinc toxicity following massive coin ingestion”（《大量食用硬币之后引起的锌中毒》），《美国法医学与病理学期刊》第18卷第2期（1997年6月号）。

7. 青霉胺（penicillamine），青霉素的一种代谢产物，可以与多种重金属络合，从而起到治疗重金属中毒的效果。

8. 见前注，如果没有法院命令或生命危险，医院不得对病人强行采取任何治疗措施。

9. 食品券，美国联邦政府为低收入人群提供的食品代金券。一般救济，指的是各州、县为贫困者提供的最低生活保障，相当于低保。

10. 关于在“精神健康律师组织”（Mental Health Bar）关心其权益之后，精神病患者身上所发生的事情，请参见Rael Jean Isaac和Virginia C. Armat著Madness in the Streets: How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill（The Free Press，1992年版），尤其是书中的第7章《从治疗权到拒绝治疗权》。

11. 前脑叶白质切除术（lobotomy），由葡萄牙医生安东尼奥·埃加斯·莫尼斯（António Egas Moniz）于20世纪30年代发明，并获得了1949年的诺贝尔生理学医学奖。当时该疗法使许多精神病患者的症状减轻，性格变得温顺，但对手术医师的技术要求很高。1945年，美国医生沃尔特·杰克逊·弗里曼（Walter Jackson Freeman II）发明了臭名昭著的“冰锥切除术”，简化了手术过程，从此使该手术迅速被滥用。该手术的确使许多患者的情况得到了改善，甚至治愈。但由于对切除（或者更确切地说是破坏）的脑组织并无精确定位，也没有标准操作流程，因此医生往往随意操作，使许多病人产生了多种多样的后遗症，包括但不限于残疾、躁狂、抑郁、麻木呆滞，甚至有病人直接死于手术或术后后遗症。最可怕的是，为了省事，许多精神病院医生和精神病人家属热衷于将病人送上手术台进行前脑叶白质切除术。连一些街边诊所都开始实施这种手术。在该手术的受害者中，还包括许多女性和儿童、大量患创伤后应激障碍的退伍美军军人、约翰·肯尼迪总统的亲姐姐————罗斯玛丽·肯尼迪和曾荣获奥斯卡奖的著名演员华纳·勒罗伊·巴克斯特等。根据统计，1939年到1951年，美国就有超过1.8万人接受了这样的手术，全球范围的人数更是难以计数。后来随着对该手术副作用的认识和多种抗精神病药物的上市，苏联政府在精神病理学家瓦西里·加雅诺夫斯基（Vasily Gilyarovsky）的建议下，最先宣布全面禁止前脑叶白质切除术。到1970年，绝大多数国家和美国的许多州立法禁止该手术。

12. 关于前脑叶白质切除术的历史，可参见Jack D. Pressman的Last Resort: Psychosurgery and the Limits ofMedicine（剑桥大学出版社，1998年版）。关于氯丙嗪，参见Madness in the Streets一书第11章《精神性药物，最后一块多米诺骨牌》。我们关于精神疾病治疗中许多强迫行为的看法都来自精神病学家托马斯·萨斯（Thomas Szasz），他是美国废除强制精神病收容协会的共同发起人和主席。可以参考的著作有：托马斯·萨斯著The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct（Harper Collins Publishers，1974年版）。萨斯博士不相信存在所谓的精神疾病。他说："精神病诊断是诬蔑性的标签……那些行为使他人感到痛苦、令开口抱怨的人总是被冠上'精神错乱'的头衔……如果不存在精神疾病，就没有强制收容、治疗措施和治愈可言了……强制精神干预在伦理、道德和法律上都没有理由可言。这是对人类的犯罪。"（见上书第267—268页）

13. 肝豆状核变性（Wilson's disease），也称威尔逊氏症，是一种隐性遗传病，患者由于基因突变或父母所遗传的基因缺陷，导致无法代谢体内的铜元素，最终发生铜元素中毒，症状主要表现在肝脏和神经系统，肝脏的症状类似于肝炎或肝硬化，而神经系统方面的表现部分类似于精神病和帕金森病。该病无法彻底治愈，但服用排铜药物可以减轻疾病损害。

14. 盖伦（Galen，129—199），古希腊名医。

15. 这个研究生就是写下了影响深远的Asylums: Essays on the Social Situation ofMental Patients and Other Inmates（Aldine Publishing Company，1961年版）一书的欧文·戈夫曼（Erving Goffman）。他的思想来源于为期一年的田野调查，当时他在一家大型精神病院里冒充一名研究休养制度和社会生活的学生。他承认，他"来到医院时，对精神病学这门学问并没有多少尊重"，那一年的经历并没有改变他的看法。

16. 这三项品质是：稳重、顺服和贞洁。正如法语里的护士一词（infi rmière，该词对应的英语词汇是infi rmarian，意为修道院中的护理员）所显示的那样，护士一开始都是修女和修士。到现在，英格兰的护士还和修女一样被人称为"姐妹"。

17. 参见Mark Bostridge著Florence Nightingale: The Making of an Icon（Farrar, Straus and Giroux，2008年版）。南丁格尔是一名卓越的女性。她生于1820年，卒于1910年，因此她的人生跨越了整个维多利亚时代。她一生未婚，只受过家庭教育，在27岁时，她受到了上帝的启示。如果她是天主教徒的话，就很可能因此进入修道院。但是她是新教徒，因此她决定"要像天主教的姐妹们一样，投身于医院和其他地方的慈善事业"（见上书85页）。她花了很大力气去寻觅接受护理培训的机会。最后她在德国受训成为一名护士，并将德国严谨的护理体系带回英格兰，将我们现行的护理理念和实践制度化。她所著的《护理札记》（Notes on Nursing）现在仍然值得一读。参见南丁格尔著《护理札记》（中国人民大学出版社，2004年版）。
在克里米亚战争中，她在军医院工作，并认识到对于一座医院最重要的就是洁净、新鲜空气和安静。她游历了全欧洲的医院，然后在《医院札记》（Notes on Hospitals，Longman, Roberts, and Green，1863年版）一书中描述了她理想中的医院，这本书也十分值得一读。深池医院以及其开放式的病房、日光浴室、宽阔的走廊和落地窗，都是根据

南丁格尔的蓝图建造的。

18. 在该书中，她概述了建设医院的思路，这些思路今天也有惊人的重要意义。她开篇就说："医院的第一条要求是不能伤害病患，这看起来可能是一条奇怪的原则。然而，确立这一原则是十分有必要的。"她在结论中说每个"病区"都是一间各自独立的、互相分离的医院，它们最好"有统一管理，但没有其他任何共同之处"。看过了D&T公司对护士长这一岗位的建议，你会发现她的忠告饱含智慧："在实践中，一个护士能够真正管理的范围，就是她从一个地方能看到的所有人。"

19. 即使在D&T公司的图书馆里，我都只能找到这份报告的行动纲要，而非全文。这份行动纲要和报告全文的概述，可以在http://cityofsf.net/site/courts_page.asp?id=3972浏览，该文被收录于公民大陪审团1995—1996年报告第9章中；D&T公司的执行报告是其附件G。

20. 弗雷德里克·泰勒（Frederick Taylor，1856—1915），美国机械工程师，现代管理学先驱。

21. 见《道德经》第六十四章，"为之于未有，治之于未乱"。

第四章
特莉·贝克的康复奇迹

初见柯蒂斯医生，我就觉得他十分英俊，这一点并不常见。我在第一次遇见朋友甚至患者时，都觉得他们很平常。随着交往的深入，我才会逐渐发现他们身上的魅力。可是柯蒂斯医生却让我一见到他就感觉很帅气。实际上，他在一群英俊的内科医生中，是最帅气的。梅洁医生在雇用医生的时候，似乎有聘用外貌出众的医生的倾向。

我来医院的第一个星期就遇到了柯蒂斯医生，那时我正站在大厅的自动贩卖机前观察那里的情景。大厅里弥漫着烟味，患者们坐在轮椅里围坐在圆桌周围，嘴里叼着香烟，专注地玩着扑克牌。自动贩卖机里能买到糖果、冰激凌和咖啡。盛装咖啡的纸杯上印有扑克牌的图案，我看到每次有人购买，患者们就会在一旁拿蹦出来的杯子上的图案打赌。

不知何时，柯蒂斯医生已经站到了我身边，跟我一起看着大厅里的患者。在那之前，我都只是远远地见过他，在我印象中他总是穿着整齐，步履匆忙。我知道，他是医务部副主任，马上就要离开深池医院去海边一家私立医院工作。我还了解到他工作之余喜欢冲浪。他站在我身边的时候，我注意到他那冲浪运动员的站姿，叉腰站立，姿态稳健。他身穿夏威夷衬衫，头发乌黑卷曲。当他转身与我聊天时，我注意到他方正的脸庞上胡须刮得很干净，那双蓝色的眼眸温暖而专注。

但是，最令我瞩目的还是他的气度和微笑。他镇定而安静，步态轻盈，似乎对一切都胸有成竹。他的微笑也很特别，一笑起来两边嘴角微微上扬，并不露出牙齿。那正是古代伊特鲁里亚(注)人所特有的微笑。他微笑时伴随着温和的眼神，似乎只迷蒙地望着远处的某个位置。站在我

身边的柯蒂斯医生也被大厅里发生的一切逗乐了。接着，我耳边传来他严肃的嗓音，稍显唐突地说：“维多利亚，你可能还没注意到，但是你应该知道深池医院真是个很特别的地方。”

这句话怪怪的。所以，我疑惑地盯着他。

“此话怎讲？”

“深池医院是一份恩赐，你以后会发现的。”他笑着说。

说完，他慢慢地走远了。

这句话显然是某种信息，可是他话中的含义及为什么要对我说这一番话却是个谜。尽管如此，我还是把他的话记在心中。每当深池医院里有一些意义非凡的、感人的，或是奇怪的事情发生时，我就会把这句话拿出来，重新回味一番。

之后的数年，我都没有再见过柯蒂斯医生。他去了海边的一家私立诊所工作，致力于开创一种属于他的医疗方式，他用这种方式来照顾对自己来说重要的人。比如，他考虑患者和医护人员的感受，并用他所信奉的三种预防疾病的方式——运动、健康的饮食和乐观的心态——来保证人们的健康。

然而，由于想念这里医护人员和患者的陪伴，怀着对过往收到的称赞、感谢和小礼物的回忆，柯蒂斯医生和许多曾经离开深池医院的医生一样，几年之后又回到了这里。相比海边，他更喜欢这座城市。海边冲浪的感觉并没有想象中那么好，他的孩子也能在市里的学校接受质量更好的教育，更重要的是，柯蒂斯医生对深池医院感情很深。就这样，他又回到了深池医院，继续担任医务部副主任。当梅洁医生忙碌于越来越多的会议时，柯蒂斯医生就负责处理办公室的日常事宜。他要照顾患者，并且帮助那些病休或度假的医生查房。此外，柯蒂斯医生还要面试

新来的医生、撰写工作程序和流程。每当医护人员有愤怒、压力产生，或者因为婚姻出现问题而烦恼时，他同样耐心地倾听他们的故事。

由于收治病房业务较为独立，所以我极少见到他——不是在放射科就是在走廊里。即便这样，我对他的了解还是日渐深入。我发现柯蒂斯医生帅气且行事严谨。他对于自己的人生十分严谨认真。大学毕业后，他没有立即进入医学院继续深造，[注]而是去了印度，学习瑜伽、梵文和鲁特琴。之后，他立志成为一名内科医生，将瑜伽、印度教的灵性和印度医学知识运用到工作中。于是，他弹着鲁特琴回到了美国，进入医学院学习。在安宁病房运动（hospice movement）兴起之后，[注]他来到了深池医院，立志建立这座城中的首家安宁病房。

从一开始，他就计划清晰、行为和缓、构思完整，不到一年时间就成功地吸引了梅洁医生和其他人的加入。如果说邀请梅洁医生并非难事，那么让护理部主任莱斯特小姐也入伙，可就不太容易了。佛教中的文殊菩萨手持明辨是非的宝剑一路披荆斩棘，柯蒂斯医生也一样。他用自己的行为解开了心结，驱走了不快。他的安宁病房计划得到了资金支持，也获得了各种志愿者的帮助。他们中有禅宗修行者、嬉皮士琴师，以及志愿园艺师。他的安宁病房各部门逐渐运行良好，在稳定中发展。就在这时，柯蒂斯医生将他与他所获得的荣耀一起交给了凯医生。柯蒂斯医生不仅是一个热情的人，他还是一个狂信徒（enthusiast）一般的人，这个词来源于古希腊的entheos一词，意为“心中有神灵”。与我们相比，他的热情恰恰是他的弱点，因为这股力量让他难以在一个地方扎根。如果哪里需要他，他就会待在一个地方，然后再去另一个地方开展新的计划，去实践下一个令他热情高涨的想法。

我说过，柯蒂斯医生是我心目中的深池医院的英雄之一。他目光敏锐，毫不畏惧他人看待他的目光。柯蒂斯医生不只是看上去比我们目光长远，看问题更深切，实际上他真的如此。所以你会发现：罗梅罗医生和芬特医生的入院记录写得细致而精美，杰弗斯医生的笔迹潦草但切中

要点，而柯蒂斯医生的入院记录通常不会超过一页，而且清楚整洁。我见过有一次，他只写了几句话：盖茨先生病至晚期；需要安宁病房护理；已联系其家人；患者目前很平静。

我从柯蒂斯医生身上学到了很多，而关于护理、关怀，以及时间和效率的最重要一课，是关于那双丢失的鞋的案例。

那一天，我在医院宽阔的、连接各个病房的玻璃长廊里偶遇了柯蒂斯医生，他看起来匆匆忙忙。

“您去哪儿啊？”我问他。

他回答说，回康复病房。他已经负责这个病房几个星期了。

康复病房和收治病房一样，是深池医院里的独立小医院。这里收治的是轻度脑卒中患者和不太严重的脑损伤患者，多数患者都会在这里康复并出院回家，如果他们还有家可回的话。不过，这里的患者一般都没有家人朋友，没有钱也没有医疗保险。与收治病房一样，这里也有专门的医生负责接收患者，为他们进行身体检查，最后批准他们出院。这个月，柯蒂斯医生就是其中之一。

他刚从外面回院里，要直接回康复病房找一位在这里进行脑卒中后康复的患者，几个月前他就已经做好了出院准备。但是，柯蒂斯医生每天查房巡视病房里36名患者情况的时候，都看到这名患者依然在医院，坐着轮椅到处转悠，按时接受治疗。

柯蒂斯医生说：“最后，我问他既然能走了，为什么还留在医院里？为什么还坐轮椅？为什么不出院？”

“我没有鞋穿啊，医生。他们给我申请了特制的鞋，说是需要联邦医疗补助计划的批准。”

“等多久了？”柯蒂斯医生问。

“三个月了。”

柯蒂斯医生思考片刻：“你穿几号鞋？”

“9号[注]。”

柯蒂斯医生思索了一阵。他想到了自己的职责，自己负责的其他患者，要口述的表格，以及要填写的质量保证表。之后，他离开医院，开车去了沃尔玛超市，花了16.99美元买了双9号的跑鞋。回到医院，他到病房里把鞋子给那位患者穿上，然后写完了出院单。

我问他买鞋的发票准不准备拿去报销。

柯蒂斯医生笑了。

看着柯蒂斯医生匆匆返回康复病房的背影，我不禁在想，为什么他会这么做而其他人却没有。

这是件小得不能再小的事情，但是我却不会想到这么做。如果是我的患者，我会因为联邦医疗补助迟迟不发鞋而烦恼不已，然后试图第二次甚至第三次申请。如果依然没有结果，我可能还会给联邦医疗补助写信或者按电话簿给他们挨个儿打电话，质问为什么帮患者申请一双鞋居然要花这么久的时间。但是，我绝不会自己去超市给患者买一双鞋。因为我有太多事要忙，太多表要填，太多的患者要照顾，自己去超市买鞋太没有效率了。柯蒂斯医生却二话不说开车买了鞋后立马返回医院，并且亲自给患者穿上。

他让我想起了一句一直钟爱但却理解不深的格言：“护理患者的秘诀在于关怀。”[注]我一直认为这句话的意思就是关心患者，爱他们或者至少喜欢患者。但是，看到柯蒂斯医生迅速买回鞋并亲自为萍水相逢的

患者穿上时，我才意识到这句话想要告诉我们的远不止这些。因此，我追根溯源，发现这句话是1927年弗朗西斯·皮博迪[注]医生对哈佛医学院的毕业生演讲时所说的。皮博迪医生不仅是让学生们关心患者，更重要的是让他们去照顾患者。他解释说，医生应该做些力所能及的小事，一些通常由护士做的小事，比如帮助患者整理床铺或者给他们倒杯水。当然，皮博迪医生也承认这对医生来说需要花费许多时间，也并非是一种最高效的工作方式，但是，皮博迪医生告诉他的学生们，这依然值得，因为这种耗时的关怀帮助医患建立起了类似普通人之间的情感，这就是治疗的秘诀。

所以，皮博迪医生实际上在告诉我们，护理患者的秘诀在于降低效率。

这听起来颇具讽刺意味。同样讽刺的还有，正当**D&T**公司的研究人员在深池医院对除患者以外的所有事物，比如书籍、流程、开支和收益进行检查时，柯蒂斯医生却在践行着最有效的护理方式，那就是暂时抛开一切表面工作，去做真正有价值的事情。柯蒂斯医生用自己的钱给患者买鞋，或许已经为医疗系统节约了成千上万美元。可是**D&T**公司肯定会认为柯蒂斯医生的行为没有效率，这浪费了一位经验丰富、薪水丰厚、受过专业训练的医生的时间。

柯蒂斯医生的行为同样让我想起了印度医学中对于良好、优秀和杰出三种医生的表述。[注]良好的医生能够准确地诊断病症，然后对症治病；优秀的医生还能陪同患者一起去药房拿药；杰出的医生会等在药房直至看到患者服完药才会离开。亲自去超市给患者买鞋无疑是杰出的医生才会做的。

在经历这件事之前，我一直致力于成为一名良好的医生，为患者正确诊断，开出对应的处方。柯蒂斯医生提高了我心目中的标准。还记得从托德小姐那里，我学会了小事的力量，比如说为患者改变一下菜单或

者配一副新的眼镜。而受到柯蒂斯医生的教导，我偶尔会开始考虑去帮他们打饭或者干脆自己帮着修眼镜。

之后，和医院的其他许多医生一样，我也的确这么做过。有时候我会给厌食症患者制作特别的菜肴，或者在楼下的诊所里用紫色旧盒子里的工具和一大罐子有年头的螺丝给某个需求急迫的患者修眼镜。这些效率低下的关怀通常都效果显著，因为我们帮患者快速而彻底地解决了实际问题。我第一次有了这样的思考：即便从财务和excel表格的角度上看，深池医院里的种种所谓低效的行为，是否真的比不上D&T公司推出的那套成本效率高的医疗管理模式。

*

深池医院这样低效的行为还有很多，其中也有我的最爱——圣诞节活动。圣诞欢庆是最没实际价值的活动，特别是还要医院上下花费心力准备圣诞礼物。

每年圣诞节前一天的早晨，除了摆放好灰尘满满的圣诞树和挂上不知道从哪里又翻出来的装饰物，医院的安保部门会将2356件已经包装好的礼物分别送到男女病房。[注]这里我说的圣诞节是真正的耶稣基督诞生的日子，并非犹太教光明节或者非裔美国人欢庆的宽扎节。每位患者会收到两份礼物，然后愉快地闲话没什么效率的家常。医生和患者的整个早晨都在这样的气氛中悠闲度过。有时，我甚至不确定这一天早上是不是每位患者都按时按量服了药，因为护士长会负责这些事情。每间病房的活动治疗师会把一大一小两件礼物放在每位患者的床头，然后所有的医护工作者都会站在一旁，看着患者拆开他们的礼物，有时也会帮助患者拆礼物。

送给男性患者的可能是各色格子衬衫（红、蓝、绿；大、中、小号），女性患者收到的礼物则是粉色、蓝色或者米黄色的羊毛衫，小包装的礼物盒里装的是手表（不锈钢、金色或银色）。整个早上剩下的时

间里，患者们可以交换各自的衬衫或者手表，把包装礼物的彩色纸、缎带和盒子留下来，给手表装上电池，试穿衣服，与别人交换适合自己大小和颜色的衣服。这些行为不仅极其低效，甚至都算不上医疗活动。

后来，在护士长的职位被取消，那些更高效和繁忙的护士经理改变了圣诞节的活动。礼物仍然会被送到病房，但是每个包裹外面都标上了颜色、尺码和样式。节日前几天，活动治疗师会征询患者的意见，让他们选择手表的材质（银壳的还是钢壳的？）、羊毛衫的颜色（蓝色的还是粉色的？）等等。这样一来，患者们需要的礼物就会在圣诞的前一天被准确、顺利地送达。这样操作显然更加节省时间，患者们依然能收到手表、衬衫和羊毛衫。但是，患者和医生在整个过程中所体验到的乐趣就减少了很多。我们的情绪没有原来那么高涨，似乎还有些扫兴。这使我不禁去想，让患者们获得快乐的过程尽管低效，但会不会对他们的康复也有帮助作用，并因此产生额外的效率？

但在众多低效的活动中，圣诞节活动还不是我最最喜欢的。我顶爱的低效活动就在空地、温室和鸟舍中。尽管我只去过一次鸟舍，但这一次足以让我印象深刻。

鸟舍就在空地的旁边，规模很大：挑高的屋顶、纵深的走廊用木质结构包裹大片玻璃构建而成。手工制成的木质工作台沿墙而设，桌面上满是上方鸟巢中掉下来的鸽子粪。鸟舍里还栖息着麻雀和其他鸟雀，它们和医院里那些无家可归但身体健康的人一样，也逐渐住了进来。入口的左边是装着鸡蛋的孵化箱，右边的盒子里则放着孵化出来的小鸡。

活动治疗师负责鸟舍、温室和那块空地。每逢周六，他们就把患者从病房里带到温室里，给盆栽浇水。还记得麦考依夫人吗？她就是这么送了一盆盆栽给我的。周一到周五的日子里，他们偶尔把患者接到空地去，看看生活在笼子里的兔子，几只肚子大大的黑色小猪（它们总在草坪上吃食），还有鸟舍里栖息的各种小精灵。

有一天，一位活动治疗师将一个孵化箱和一些鸡蛋带进了艾滋病病房。几周后，一只小鸡破壳而出。那时尚没有治疗艾滋病的有效方式，所以柯蒂斯医生特意将艾滋病病房设立成一间临终关怀病室，让患者们可以在平静中离世。事实上，几乎每天都有艾滋病患者在呆滞中死亡。无论这些患者是否变得呆滞，他们依然很喜欢这只艾滋病病房里的小鸡。它慢慢长大，变成了艾滋病病房的母鸡，在病房的空地上散步，啄食着患者们从自己的饭里为它节省下来的面包。患者们喂给它的还有薯条（它并不怎么喜欢吃）、煮得很软的绿豌豆（它也不爱吃），还有软生菜。它的最爱还是面包。小鸡长得很好，活得比许多患者都要久。

当然，这只小鸡的状况也不怎么好，不比那些呆滞了的艾滋病患者好多少。它没有受过训练，随地便溺，弄得病房里到处都是生菜叶子和粪便，护士只好跟在它身后清扫。一位州许可局（State Licensing Bureau）的调查护士在她的报告中指出，这么做既低效，又不卫生。尽管实际上在这几个月中，这只母鸡在艾滋病病房里四处走动，但就像这里的艾滋病患者一样，也没有把什么病传染给谁。

尽管如此，人们依然认为任由一只母鸡在病房里走来走去是不卫生的。于是，这只鸡在某一天消失了。

要说低效，这只鸡是这样的没错。但是，低效的它的身上却有着某种治疗效果。虽然没有记下具体次数，但是我在午饭时间总会专门到艾滋病病房去看那些极其瘦弱的面庞上，因为那只在病房里走来走去的小母鸡，而闪烁出的好奇的光芒。那是生命之光，似乎能够让患者的生命延长一两天。特别是当患者只剩下几天生命时，这就更加意义非凡。

我并不确定深池医院里所有诸如此类的“低效事件”是否都具有治疗效果，但是我的确在思考，如果这些事件的效力加在一起，会产生怎样的效果。这幅图景应该是这样的：医生们都仔细治疗，避免误诊的发生；因为有许多时间可以跟患者相处，所以医生和患者们也不用频繁地进出急诊室了；患者们的情绪因此得到安抚，他们的眼镜也能够及时被

修好，去鸟舍休息娱乐的时间也不再受到限制。为柯蒂斯医生这位自己去超市为患者买鞋的所谓“不必要”的工作日行为所付出的工资，是否能抵消美食、按摩、鲜花和替代疗法(注)的费用呢？我想，或许在这个循证医学（evidence-based medicine）的新时代，深池医院的这种“低效医疗”的模式值得一试。

*

这些日子以来，我一直忙着关于希尔德加德和前现代医学的博士课题研究。我已经完成了所有必修课程——包括德语、法语和拉丁文，而且论文委员会也已经集合开过会了。现在，我准备开始撰写毕业论文的草稿。我想在论文中展示出，一旦人们理解了前现代医学中潜藏的园艺学隐喻，就能够意识到前现代医学是如何通过将人体概念化而起作用的了。

首先，我会列举希尔德加德的著作及我在准备硕士论文阶段发现的用拉丁文、德语和希伯来文撰写的其他医学文献来解释她的医学理论和四元素体系。我会证明四元素、四种气质和四体液说并非许多人认为的哲学家的空想，而是园丁的实践范畴。这个构思的确很宏大，我决定从小处着手。我首先要做的，是将自己的硕士论文浓缩精简成一篇期刊文章。(注)

浓缩论文和精炼一位患者的现病史的过程太不一样了。刚开始，我就遇到了困难。我的硕士论文遗漏了对希尔德加德一项卓越理论的介绍，那就是“绿”（viriditas）的概念。Viriditas来源于拉丁语的“绿色”，即viridis，这个词根在法语中写作vert，在意大利语和西班牙语中写作verde。这个词经常用来形容植物的颜色或者祖母绿等宝石的色彩，也被用来比喻“生机”和“年轻”。

但是，我在写文章的时候，发现希尔德加德却将这个词用在了更广阔的层面上。她用这个词语来形容植物发出新叶、绽放花朵和孕育果实

的力量。同样，她也用这个词来讲述人类的生命力，那种生长、产子和痊愈的能力。我真奇怪自己为什么会在写硕士论文的时候忽略了它。即便如此，正是“绿”这个医学概念或者说精神意象支撑起了我眼里的前现代医学的根基，即后者与园艺的类比。我在想，是不是希尔德加德创造了这个概念？又或者说在她之前还有更加古老的医学著述里出现过这个表现植物生长，且象征着人体自愈能力的意象？

我花了一整年来研究这两个问题。在此期间，我遇见了特莉·贝克，她亲自向我展示了何谓“绿”的力量。

*

如果说吉米是我众多患者中开始最瘦削，之后体重增长最快的人，那么特莉无疑是接受我的治疗时间最长，最具有奇迹色彩的一位患者。我收治她的时间最长，她也一直在病危的边缘游走，但是最后她给我带来的惊异最多。

若要讲述特莉的故事和她对我的意义（不管是我第一次收治她，还是第二次、第三次收治，抑或是现在她对我的意义，还是我在看到《河城时报》(注)登出的她的讣告时的感受），最好从讣告上她的那张照片说起。

特莉算不上漂亮，但或许是由于医疗复原技术的帮助，照片上的那张脸依旧吸引了我的目光。这是一张典型的北美原住民的脸庞，坚韧而鲜少微笑。特莉长着一头垂过后背的披肩长发，发质粗硬、发色深厚。她的颧骨凸显，耳畔垂坠着珠状耳饰，搭配着珠状的项链和腕饰。她的眼眸呈现出印第安人特有的乌黑，鼻梁上架着我们在她出院那天赠送的眼镜。

照片说明了一切，说明了深池医院在特莉住院期间对她所做的一切。至于我们的努力有效与否，自然要留给大家来评价。但是我觉得你

也会同意的一点是，只有死亡才是最有效的结束。从医疗的效率上看，生命本就是徒劳的，医生们的投入和产出根本不成比例。

*

我是在负责康复病房的时候第一次见到了特莉。当时恰逢负责那里的医生休假，柯蒂斯医生又不在，而收治病房也因为预算原因暂时关停。这样的情况每年都会发生，不论经济情况是好是坏，我们市的预算似乎总是出现危机，深池医院的情况就更加紧迫。既然这样，尤其在其他城市纷纷取消了救济院的情况下，为什么我们这座城市还需要救济院呢？在其他城市里，患者除了救济院，总还有其他的地方可去。这样的解决办法尽管长期看来费用高昂，但短期使用起来确实比较节约经费。因此，经费危机时有发生，深池医院的经费也时常被削减。

然而，梅洁医生将这一次危机视为严重的挑战。她宣布暂时关闭收治病房。这也就意味着我们将停止接受新的患者，能够入院的只有接受康复治疗的患者，和被收入临终关怀病房（安宁病房）的临终患者。全市那些本可以住进深池医院的患者现在都只能待在县医院或者市内的其他医院，等待着去别的什么地方。由于现在医院收治那些不需要急症护理的患者已不再能获得收益，上面所说的市内各家医院正面临着经济损失。因此，强大的压力要求政府尽快按往年标准恢复深池医院的预算经费。在收治病房暂时关闭的这段时间，我和芬特医生就在康复病房照顾这里的患者。

也就是这个机会，让我初次遇见了特莉·贝克。她从县医院转入深池医院，接受康复治疗，我把她收治入院。

从特莉·贝克的病历记录里，我知道了她曾经流落街头，是个吸毒成瘾者，也曾沦落风尘。特莉·贝克与她的男友一起，在街头风餐露宿。她的身体状况一直不错，直到12天前，特莉醒来之后发现自己的胳膊和腿都无法移动。于是她的男朋友将她送到县医院的急诊室，诊断结

果说明她所患的是横贯性脊髓炎（transverse myelitis）。这是一种脊髓炎症，可以在几个小时内引起一节脊髓膨胀，并挤压到脊柱内侧的骨面。这种脊髓肿胀会对患者的行动能力造成极其严重的影响，因为脊髓是由诸多神经组成的，它们像电缆一样在大脑和身体其他部位间传递神经信号和脉冲。一旦脊髓膨胀，这些神经就停止运作，肿胀处以下的身体部位就随之失灵。特莉肿胀的那节脊髓在颈部，所以她颈部以下的部分，如四肢、肠和膀胱都失去了控制。横贯性脊髓炎是一种罕见疾病，平均每十万人之中才会诊断出一例。但是深池医院却是个例外，因为特莉已经是我接诊的第三例患者。

起初县医院收治了她，那里的医生排除了其他可能造成特莉瘫痪的原因，比如艾滋病、梅毒和多发性硬化症[注]。做出诊断后，医生们等着瞧瞧特莉能否自行恢复，因为这种情况一般都会发生。特莉确实好了一些，但她的情况还没有恢复到可以重新回到大街上的程度。于是，他们把特莉转到了深池医院让她接受康复治疗。护士把她安排在康复病房入口处的一间有两张病床的半私人间。在研究了特莉的病历后，我去病房里看望她。到达病房时，我站在门口，看了看里面的情况。

当时，她坐在轮椅上背对着我，眼睛望向窗外，有一个露在外面的尿袋悬在轮椅外。这间房里没有其他人，没有家人或朋友，也没有属于她的任何东西，甚至患者通常用塑料袋装着的衣物和床头摆放的照片都没有，只有一个俄罗斯裔的救护车司机送她来时留下的被捏扁的烟盒。我敲了敲本就开着的门，走进房间，来到她的轮椅旁，准备做进一步的检查。

她的穿着跟其他瘾君子或流浪者差不多，看起来就像50多岁的样子，尽管病历记录上写着她只有37岁。特莉看起来非常瘦弱，她的长头发因为久未清洗而灰暗无光，发丝纤细。她的脸庞看起来疲惫而憔悴，深色的双眸下卧着深深的黑眼圈。特莉的牙齿溃烂，指甲里藏污纳垢，没有修剪，染着尼古丁的颜色。护士把她放在轮椅上时并没有给她调整

一个舒适的坐姿，以至于她的脖子都是歪的。当她抬头看我的时候，眼神稍有失焦。

“我能坐在你的病床上吗？”我问道。

“能给我支烟抽吗？”这是特莉的回答。

我坐了下来：“那得等我跟你聊聊，然后检查一下之后才行，你觉得呢？”

特莉抬头打量着我，尽管我长得并不怎么高，但是态度坚决。更重要的是她现在没办法移动。

“好吧。”她回答。

于是我开始了检查，令人开心的是，特莉的总体情况不错。她能稍稍移动自己的右肩和右脚，还可以稍微感觉到自己的上肢。尽管对于横贯性脊髓炎并无治疗方式，但大多数患者确实会自行康复一点。这样的康复情况意味着特莉又可以进行一定量的活动而且恢复自理能力了。

“出院后有人照顾你吗？”我问道。

“我男朋友麦克，他很快就会来医院的。”

我检查完后，让特莉抽了根烟。护士带她去洗澡、洗头和剪指甲。之后，她开始接受我们的康复治疗。

特莉入院后不久，就又到了月初。现在市里把这一天叫作无家可归者的“发薪日”（payday），因为只要在每月一日出现在市政厅，不需要回答任何问题就可以获得360美元。这是一般救济的一部分。正如特莉所说的，她的男朋友麦克的确在这一天出现了。他一头金发，长相迷人，20多岁，穿着紧身的、不太干净的牛仔裤和牛仔夹克。他态度礼

貌，绝对算不上衣冠不整，不过他也谈不上衣冠楚楚。

他告诉我，想把特莉接出去，就几个小时，一起下山去趟市场南区，她可以在那儿签字，把支票转给麦克。

我看着麦克把特莉推出了医院，她的尿袋放在身边，这次被掩盖得很好。她的情况比刚来医院的时候好了很多，她的头发被洗干净后梳得很整齐，身上的衣服也很整洁。现在特莉已经可以活动两个肩膀了。麦克点了一支烟，放在特莉嘴里，然后他们离开了医院。

然而，特莉没有按照她答应的时间回到医院，至少没有在几个小时后立即返回。医生里流传的小道消息是特莉离开几天后，有人发现她坐着她那把轮椅（这轮椅其实是我们医院的财产）独自出现在大街上。当时，她的导尿管堵塞，膀胱肿胀，所以，严重的肾脏感染蔓延到了她的血液中。特莉又被送到了县医院。县医院的医生在稳定了她的病情后，把她送回了深池医院的康复病房。

那个时候，我又回到了重新开放的收治病房里。但是我仍然关注着特莉的病情发展。她的情况喜忧参半，进展在于她持续好转，胳膊的力量加强，也可以站起来了；不好的情况是她那可爱的金发男友麦克还是不时地将她接出医院，被送回来时总是一副醉酒且吸毒的状态。这样反复三次之后，梅洁医生决定放弃特莉，让她坐着我们的轮椅出院，住进巴克斯特酒店，去接受男友的照顾。

接下来的几个月，特莉好几次住进县医院。大多数送医的原因都是肾脏感染，其中一次是被麦克殴打并抢劫之后送到医院的。最后，在一个冬日，又有人在大街上发现了坐在轮椅里的特莉，只不过那时她全身冰冷、昏迷不醒，已经没有了心跳。有人叫来了急救人员，他们对已经临床死亡的特莉进行了心肺复苏并给她的身体加热。急救持续了一会儿，特莉的体温恢复后，稳定的心跳和脉搏都恢复了。特莉逐渐有了呼吸，两个小时后，她醒了。

救护人员把特莉送到了县医院，几天后，她又转回了深池医院。

这是我第二次见她，与上次相比，她的几项身体机能又不如以前了。特莉仍然可以控制自己的胳膊，但是腿不能活动了，也站不起来了。康复病房的医护人员开始工作。几个月后，特莉站了起来。可是好景不长，一段时间后，麦克又带着酒和毒品出现，然后带走了特莉。

但这一次，特莉离开的时间并不长。

麦克并没有好好照顾她，特莉也没好好照顾自己。他们吸烟、酗酒、吸食可卡因。有时候，特莉坐在轮椅上几天都不会起来活动一下。最后，因为久坐不动，她的坐骨上生出一个开放性的创口。这是褥疮，并且很快就感染了。就这样，特莉又被送进了县医院。那里的整形外科医生对她进行了手术，花了几个小时从她大腿上取下一块皮肤，用来盖住坐骨上的创口。这是一项昂贵的手术，需要几星期的悉心护理才能让伤口妥善地恢复。但手术后，又到了另一个月的一号，麦克又出现了。

县医院的医生们教他如何照料特莉植皮的伤口，如何包扎，以及如何料理她的导尿管。尽管如此，露宿街头的麦克根本没帮特莉换纱布，一次都没有。虽然我不了解麦克的性格，但这对于他来说应该也是一件沮丧的事情。究竟是什么维系着他与特莉的关系呢？是金钱还是爱？不管答案是什么，那次出院一周后，麦克把特莉的头骨打出了一个小口子，还把她的左腿弄骨折了。

当特莉第28次出现在急诊室门口的时候，[注]就连急诊医生们都很无奈。盖住特莉的创口的那片成本高昂的植皮已经溃烂，现在跟一块腐肉没有差别；在她的坐骨两侧各新生出一个褥疮。见此情景，急诊医生叫来了外科医生，一起会诊。

外科医生看到自己精心手术后的杰作被糟蹋成这样，都惊骇不已。那时，他们在手术室里经历了数个小时的奋战，才将一块精美的皮肤剥

离、翻转，再小心地缝合在她的创口上。而现在，这块皮肤已经腐败。医生们不得不取下这块皮肤，并一点点清理她那感染了的开放伤口。

急诊医生询问他们的外科同事，是否可以再尝试一次手术。

外科医生拒绝了，如果特莉能谨遵医嘱的话，可能几个月以后再安排吧。这期间，她将会接受传统的褥疮治疗，那就是每天三次更换覆盖着伤口的纱布，一旦纱布变干就拿掉它们。这样做可以清理感染的伤口，更重要的是，这样简单的治疗也可以在深池医院进行。

*

就这样，在她第二次离开深池医院四个半月后，我第三次收治了特莉，这也将是我最后一次收治她。

据我观察，这四个半月里她过得并不好，比我们年初见她时更加瘦弱，更加面无血色。她进入收治病房的时候输着液，左腿上打着石膏，眼下的黑眼圈更深了。她看起来甚至比我第一次收她入院的时候更加苍老。与之前不同是，这次见我，特莉露出了微笑。

这一次我们彼此已经很熟悉了，于是我等着她抽完烟，等护士帮她完成洗头、洗澡、更换衣服这一套流程。等特莉梳洗完毕，我开始给她做身体检查。这一次，护士把她安排在病房的最里面，那里紧挨着墙，离洗手间最近，这对特莉来说很方便。但是那里离吸烟室最远，又有些不便。最让我放心的是，负责照顾特莉的助理护士是柯妮，我发现经她照顾的患者通常都恢复得很好。

特莉的体检结果跟我从她的病历上推断的差不多，而且和我上次给她检查所发现的问题大致相同，只是情况更加严重了。这一次，特莉看起来筋疲力尽，好像决定放弃抗争了。她的肤色和缺乏肌肉的样子也透露出相同的信息，它们极度缺乏生命力，这份活力（vis vitalis）乃是维

持健康的要素和生命的本质。

我看着她的左腿，上面绑的石膏已经被弄脏。在余下的检查中，我发现特莉上次入院治疗后的成果已经完全没有了。

然后，柯妮将特莉调整至左侧卧位，我检查了她背后的开放性伤口。我这才发现县医院的描述与实际病情有出入。

特莉的褥疮是我见过的情况最糟糕的褥疮，创口不仅面积大，而且很深。创口从背部中间一路深入到尾椎骨，而且分布在坐骨的两边。皮肤自然是全没了，但是覆盖着骨骼的肌肉的脂肪也没有了。在它们应有的位置上的，是那次已经失败了的植皮手术所带来的一大块已经腐烂、正在腐烂和感染了的无法名状的组织。在这个又宽又深的伤口底部，我甚至可以看到骨头，也就是特莉的脊柱。

没来深池医院之前，我意识不到褥疮带来的危害。这一点，即便在我进入深池医院一段时间后，也没有深刻地理解。因为，褥疮听起来只是因为卧床而长出的疮，似乎没有多么严重，但实际上，无论从其本身的意义，还是其所预示的局面来说，褥疮都是一种灾难。褥疮意味着像特莉这样的患者所面临的问题没有受到应有的重视，那就是这些人不能感觉到自己的下肢，所以无法像正常人一样借由无意识的微活动来释放身体因穿鞋、久坐和卧床而产生的压力。

患褥疮所预示的情况比它本身的意义更严重，它说明患者的身体已缺乏整体性。通常，我们的身体有皮肤覆盖，它可以隔绝液体和细菌侵入。只要皮肤健康厚实，上面即使附着再多细菌也不会感染，除非皮肤上出现创口。皮肤下的脂肪层是一种额外的保护，它为肌肉提供缓冲。而脂肪下的肌肉保护着骨骼，骨骼则保护着脊髓。

*

所以，特莉的褥疮状况触目惊心。她的身体没有了一切保护，所有那些最脆弱又最重要的器官，如骨骼、肾脏和脊髓，都暴露在充满危险和细菌的环境之下，包括环境中的各种细菌乃至我们体表和体内的菌群。我知道，即便用抗生素来尝试对抗感染也于事无补，因为细菌很快就会产生抗药性。加上外科医生们也说，褥疮的面积之大，也极难用植皮手术来覆盖。所以，我们只能等待特莉的褥疮自行恢复，而这可能要花掉几年的时间。在恢复的过程中，特莉一直不会发生致命的严重感染的可能性又有多大呢？我回到了小小的医生办公室，坐在我那张摇摇晃晃的办公桌前，盯着对面木架子上麦考依夫人送给我的那株生命力顽强的盆栽看了很久。它现在已经长得满墙都是。对于特莉来说，这次的褥疮是一场灾难，很可能会让她的生命止步于此。

我第二次由某位患者而想起了希尔德加德，我扪心自问：要是她面对这样的患者，会采取怎样的治疗方式。她会如何对待特莉那巨大的开放性创口？我盯着麦考依夫人送的绿色植物，一直在思考这样的问题。

我脑袋里倏忽闪过这样一个概念，希尔德加德应该会除去阻碍特莉生命之“绿”、阻碍她自愈能力的障碍。因为，如果没有障碍物阻塞，她的生命力会帮助伤口愈合，就像植物焕发出绿色的生机一样。

我问自己，阻塞物又是什么呢？

不就是那一大块坏死的组织吗？必须把它一点点清除干净。

除此之外，不论是褶皱的床单还是坚硬的床垫，它们对特莉身体产生的压力同样是阻碍她康复的拦路虎，必须彻底清除。任何干扰特莉血液循环的物质，比如尼古丁，都是抑制她生命力绽放的阻力。灰尘、脏乱的环境、不洁的衣服、多余的药品，以及恐惧、抑郁和无助，这些都是她恢复的障碍。

因此，要做一名园丁医生，我的首要任务不是做出精妙的诊断，也

不是给特莉开出灵丹妙药，而是清除阻碍特莉康复的物质。注

除此之外我还能做些什么呢？

思考我还可以做些什么来治疗特莉时，我需要把目光放长远，以特莉将来完全彻底地恢复健康状态为目标，然后我发现她需要一副眼镜，继续回溯我发现需要给她补牙，增强她的体力和意志力，缓解她的抑郁症，治好褥疮。我从特莉康复的美好未来一路回到现在的状况，然后整理思路，制订出了一套治疗方案。

根据对希尔德加德理论的理解，我的计划是除了清除特莉身上的阻碍她“生命力”的物质，还要用土、水、气、火四种元素来加强她的生命力。说得清楚些，它们分别就是营养丰富的饮食、维生素、水分、安稳的睡眠、清新的空气和充足的阳光。

在这之后，我们还要让特莉感到宁静、轻松和安全。

除此之外就没别的了，这么简单就可以了。哦对了，还需要时间，特莉还需要很长的时间。

*

希尔德加德的处方起效之快着实让我惊讶。

几周之后，我就发现特莉伤口的最深处有好转的迹象。她的伤口不再感染，而且在伤口底部甚至长出了光滑而粉红的组织（这会不会是我的臆想？），开始慢慢覆盖她的脊柱。

但转眼又到了一号的“发薪日”，麦克也来了。

他依旧那么英俊，穿着紧身牛仔服。他昂首阔步地走进病房，带着略显拘谨的轻浮姿态。护士让他在吸烟室里面等待，特莉自己推动轮床

穿过整个病房来到吸烟室。她趴在轮床上，背后盖着单子。他们在吸烟室谈了很久，然后麦克打开门走了出去。

特莉把他甩了，让麦克再也别来找她。

此后，特莉戒了烟，然后她的食欲变好了，体重也随之增加。由于特莉的血管不会再因尼古丁而收缩，她褥疮底部新生的细小动脉和静脉就可以吸收食物中的维生素和蛋白质。渐渐地，特莉背部的伤口开始慢慢愈合。

现在我不用每天检查特莉的褥疮，而是变为每周查看一次。其恢复速度之快就像原来在学校里看的一部延时电影，电影里展示了一颗种子在几分钟之内萌芽生长。种子穿透土壤萌芽而出的时候，两侧的泥土被剥离开来，一分钟后嫩叶舒展，然后花苞出现、膨大，最后花苞的侧边开始张开，花瓣舒展开来。

就这样，特莉的褥疮看起来就要愈合了。她的背上有成片状的伤口，这又大又深的伤口占到了后背的一大半。伤口的底部似乎有了内皮细胞光滑表面所反射的光亮。这些细胞围绕着血管和结缔组织。骨骼开始有了光泽，接下来肌肉、脂肪层和皮下组织也出现了。这些新生组织分别从伤口的底部和边缘向上方和中心填满这个创口。这一周，脊柱周围生长出几条新的血管，伤口边缘出现了几毫米新皮肤。接下来的一周，没有值得一提的进展，只是褥疮的深度变浅了。

特莉的伤口开始结痂。痂逐渐变厚，并和旁边的皮肤连接在一起。接下来，就像花瓣拉扯花苞让它打开一样，结痂组织剥落，露出下面粉红色的新鲜皮肤。原来褥疮所形成的巨大坑洞已经从底部和边缘被填平了。

这段时间很长，足有两年半。好在我们并不着急，她也一样。

特莉的褥疮在两年半后彻底恢复，她的牙齿也被我们的牙医补好，验光师帮助她配了合适的眼镜。她的体重也上升了不少，面部的裂痕已经愈合，头发也生得乌黑而厚实。我还发现，她新眼镜后面的脸上也出现了笑容。

就在特莉快要康复的一天，社工找到了她的哥哥。他与妻子和两个孩子生活在阿肯色州。社工问他，特莉能不能跟他们一起住。由于他生活并不富裕，没有能力给特莉寄钱，但是如果医院可以把特莉送到阿肯色州去，那么他可以照顾。由于我们的确有一笔患者家属捐献的、专门为了这种情况设立的“患者捐赠基金”，社工就给特莉购买了飞往阿肯色州的机票，也为她安排好了可以照顾她的当地医院。

*

经历了特莉·贝克的事情后，我对柯蒂斯医生说能来深池医院是生命的恩赐稍稍有了些领悟。深池医院给了医生一种可遇而不可求的机会，它不仅可以让我们看到在别处见不到的病例，还可以让我们观察到别处观察不到的这种过程。在特莉身上，我看到了一个患者从内到外的康复过程。

这是一段漫长、讽刺而又充满奇迹的过程。

这个过程花费了的时间之长让我印象深刻。两年半呐。以她的病情，确实也需要这样的治疗过程，我很难想象她可以用更短的时间痊愈。前现代医学的经验法则是，治疗所需要的时间不会比病情发展的时间短。鉴于我们对特莉的诊断，她身上的问题有横贯性脊髓炎、褥疮、吸毒、自卑，以及精神更深处的创伤（我的确认为有这么个问题）。在这么多的病症面前，两年半的痊愈时间并不长。

她的痊愈不仅花了很长时间，而且的确需要很长时间，更重要的一点是，时间是她治疗中最重要的元素。前现代医学深谙时间的疗效，把

它称为“时间药剂”。他们发现，只要在适当的条件下，时间几乎可以治愈一切。特莉在深池医院接受的最宝贵的治疗也就是充足的时间。这两年半，她不承受压力，也不担心明天将会流落到哪里。

这一过程的讽刺就在于特莉接受完整治疗之前所经历的重重困难。我们的医疗体系尽管饱受诟病，但仍给患者提供各种药物和必需的治疗，无论花费有多高昂。可是，每次特莉在接受了5万美元的入院治疗后，就必须出院重新流落街头，或者住进旅馆。深池医院这样一家对治疗时间毫不吝惜的医院的价值震撼我心。我觉得，像特莉这样的患者就应该在我们疗养院里藏起来，躲过医疗系统管理者的目光，逃过财政预算制定者的计算，这样，才能接受“时间药剂”的治疗。

目睹她的痊愈奇迹，让我对行医有了新的认识。在提倡高效医疗的今天，鲜少有人有耐心见证整个治疗过程。这并非机械的痊愈，而是奇迹，甚至是精妙绝伦的技艺。

现代医学可以轻而易举地解释特莉康复的原理，这绝对无可厚非。当我们整形科医生通过手术去掉伤口上滋生微生物的组织之后，健康的新细胞就会在伤口的底部进行去分化（dedifferentiate），也就是说它们会在这个过程中去掉DNA上面很多抑制基因表达的物质。之后，它们变成多能干细胞（pluripotential stem cell）。接下来，通过膜受体、酶、逆转录酶等一系列复杂但可以解释得通的过程，它们首先开始合成核糖核酸（RNA），然后再合成蛋白质。这些蛋白质对于肌肉细胞（muscle cell）、内皮细胞（endothelial cell）、软骨细胞（cartilage cell）和胶原蛋白（collagen）的生成至关重要。这个过程毫无神奇之处可言。一旦开始，这个过程就会机械而按部就班地完成。

然而，这一切看上去却并非如此，就好像一位技艺高超的隐身魔术师按照自己的想象给特莉·贝克换了一套完美无缺的躯体。我并不是说现代医学的解释有误，只是细细品味起来，这一过程显然不仅仅是机械的。反之，这一过程看上去十分精巧，好像有一种全能的力量，它对于

自己的全盘设计和目的成竹在胸。但是，就像我在为贝克先生的遗体进行解剖时，对那个黑色暗盒的消逝难以言说一样，这种神奇的力量同样让我难以名状。

当我正在为博士论文做研究并试图理解希尔德加德笔下生命力的概念时，我发现前现代医学对于机体的这种神奇力量已有定义。它通常被称为“自然的治愈力”（vis medicatrix naturae），其实这一翻译并不准确。这里，“vis”与“vim”和“vigor”相关，意味着生命、年轻和新生的力量；“medicatrix”的意思与“修复”和“药物”有关；然而“naturae”的意思并非“大自然”中的“自然”，而是代表着你、我还有特莉·贝克的“本质”，是一种使我为我的本质。所以，“vis medicatrix naturae”的意思是“使我们的本质回归自身的修复力”，是一种机体在受到伤害之后力图恢复原样的力量。

最后，这一概念又回归到了希波克拉底的名言：“本质（nature/physis）治愈疾病。”那么，希波克拉底笔下的“本质”（physis）又为何意呢？[注]“physis”这个词来源于“phuo”，意思是“生长”，意味着一颗种子只能长成它所对应的那一种植物，正如芥菜种子只能长出芥菜、小麦种子终成一捆麦穗一样。在希波克拉底眼里，所谓“本质”（physis），就是一个是者（being）成长为自身的“本性”（nature）。[注]在某种程度上，它与希尔德加德所说的生命力（viriditas）很相似。

“physis”这个代表着每个人本质的词汇，同样衍生出了“内科医生”（physician）这个单词。内科医生指的是研究人们“本质”的人，他们领悟着每位患者独特的性质，并跟从后者的引领。

但是，正如我前面所提到过的“灵魂”和“精气神”这样的概念一样，“本质”和机体的康复力量这样的说法也早在一百多年前就被驱逐出医学界了。它们是“机械论”（mechanism）和“活力论”（vitalism）这两

种关于健康、疾病和治愈截然不同的学说互相抗衡的牺牲品。

机械论者宣称生命是一个机械的过程，它仅仅由一系列程序组成，且科学可以解释并最终复制这些程序。他们还认为，身体跟机器一样，出了问题可以修补。而对于活力论者来说，躯体绝非一台机器。他们相信生命中包含了一些特别的东西，因此无论科学如何发达，也不可能复制生命。活力论者是医学界的浪漫主义者，后来在19世纪的最后几十年间，他们输给了机械论者。于是，到20世纪早期，任何对活力论和自体治愈力的提及都被认为是离经叛道的。然而，活力论并未被赶尽杀绝，它们潜进了西方医学的地下暗河，并在许多替代疗法的支流中重新崭露头角。

实际上，这种所谓的自体治愈力是否存在，也许已然无关紧要了。我能够肯定的是，这是一种我用来检视患者身体的有效视角，它让我在脑海中勾画出机体正常情况下那种圆满、完美和无瑕疵的状态。正是这一点，让人体和机器有了区别。因为，在没有外力阻挠的情况下，人体中出现的疾病可以自行痊愈，这与机器是不同的。

通过希尔德加德的生命力的视角来看特莉的痊愈，我有了新的认识。从今以后，我再也不会过度关注被周围环境衬托出来的患者，而是与此正相反，后退一步，将患者周围的环境看个真切。此时，还不忘问问自己，周围是否有任何东西妨碍了患者的生命力？如果有，我该如何将它们去除？

*

从特莉·贝克身上，我还有另一点体会。

同样让我印象深刻的，是特莉除身体之外的心灵康复过程。这一过程开始于她甩掉男朋友，然后是戒烟、戒酒、戒毒；后来，她从易怒变得随和、感恩、（甚至我觉得变得）快乐了。在她自己推着轮椅进入吸

烟室最后一次见麦克的时候，一些根本上的变化就从此成形并变得一发不可收拾了。

我不知道这种转变是什么时候开始，又是如何开始的。特莉发生改变应该不是在麦克把身体瘫痪的她抛弃在大街上的时候，因为在此之后她还让麦克带她离开过医院两三次。我也不认为她是因为背后那硕大而严重的褥疮才有了思想上的改变。我倒是认为，改变发生在特莉最后一次被送到深池医院的几周。那时，麦克还没有因月初的“发薪日”而出现，特莉在病房的最深处待了几个星期，独自一人趴在病床上，头顶的墙上是敞开的窗户。

*

经过两年半的治疗，特莉成功出院了。

负责她的社工驾车把她送到机场，在那里，特莉数年未见的哥哥在等她。之后，我就失去了特莉的消息。11年后，从报纸上的讣告里，我才获得了关于她的只言片语。里面提到了她的孩子和孙子们，却没有提及在旧金山度过的漫长时光。没有麦克、没有流浪街头，也没有身患褥疮的叙述。没有被提及的，还有最后拯救她的求生欲望，那种试图找回迷失的自我的顽强意志。或许，她一直都忘记了自己是什么样的；或许，直到趴在吸烟室的轮床上的一刹那，特莉才找回了自我。

我猜想，特莉也许从来没有将那一段经历告诉家人，也可能是家里人一直从未问起，又或者特莉常常念叨那一段时光，以至于儿孙们对那时发生的事倒背如流。讣告照片里的特莉眯起了眼睛，颧骨高高的。她的头高傲地抬起，戴着传统的珠串饰品。照片里，特莉的嘴唇紧闭，我想，她应该是默默地封存了那些时光吧。不过，她戴的那副眼镜，好像还是我们送的（这件事又有谁还知道呢？）。

---

1. 伊特鲁里亚（Etruria），意大利中部古民族。

2. 在美国，医学院是研究生院，生源为本科毕业生。

3. 尽管安宁病房与教会收容所在英语中是同一个词（hospice），但安宁病房是20世纪60年代到70年代开始于美国兴起的一类特殊护理机构，它们主要面向慢性病末期患者，与传统医院将患者的肉体病痛视为最重要的问题不同，安宁病房一般兼顾患者的病情和精神状态。

4. 美国的9号鞋，即一般所说的43号（欧标）或27cm（国标）鞋。

5. 皮博迪医生的这篇经典文章出自给医学院毕业生做的演讲。这篇文章仍然值得一读，参见F. W. Peabody的 “The Care of the Patient”，收录于The Journal ofthe American MedicalAssociation，《美国医学会会刊》第88卷（1927年刊）第877—882页。“注意那些你随手可为，又能使他更舒适的琐事。那些，也是‘护理病人’的一部分……好的医生彻底地了解他的病人，而且他的这些知识来之不易。这需要花费堪称奢侈的时间、同情心和理解力，但你会发现，这样做的回报就在（医生与病人之间的）私人关系上，而这正是行医中最令人满足的。临床医生的一个必须素质就是对人性感兴趣，因为护理患者的秘诀在于关怀。”（第882页）

6. 弗朗西斯·皮博迪（Francis Peabody），美国医生。

7. 这一说法源自Swami Nikhilananda著The Gospel ofSri Ramakrishna（RamakrishnaVivekananda Center，1977年版）。Ramakrishna（罗摩克里希那）用三种医生来比拟三种古鲁（印度文化中用古鲁来称呼宗教领袖、精神导师）：“医生有三类。一类医生给病人号完脉、开了药就走了。他们离开的时候只是让病人记得吃药。他们是水平最低的一类医生……另一类医生把药开好，然后让患者吃下去。如果患者不愿意遵医嘱，他们就会和患者讲道理。这种医生水平中庸……最后，水平最高的一类医生如果碰到不愿意听从他们劝说的患者，甚至会强迫他们吃药。如果有必要，他们会用膝盖顶住患者的胸膛，把药强灌到后者的喉咙里。”（第469页）

8. 圣诞节是医院的一个特殊时期，有挂着装饰品的圣诞树，还有一顿特殊的大餐，尽管这种庆祝活动在几十年里屡经波折。根据莱斯特小姐的说法，到了20世纪50年代末，这一活动的初衷已经几乎完全被人遗忘：“那天是圣诞节，当时的行政主管莫兰先生把我叫起来。他说，我们去跟病人们唱圣诞节颂歌吧。我们就这么干了，就我们俩。我们唱着圣诞节颂歌走遍了所有病房。后来志愿者们也加入进来，他们为这些病人筹钱，把所有礼物都包好，然后安保人员过来分发礼物。”

9. 替代疗法（alternative medicine），指的是现代医学以外的医疗方式，包括针灸、草药、按摩、催眠、冥想等。一般来说，替代疗法的效果未经严谨、可量化的临床验证，因此仅被看成常规医学的替代，故得名。

10. 参见我写的“Hildegard of Bingen and the Greening of Medieval Medicine”，收录于Bulletin ofthe History ofMedicine第73卷（1999年刊），第381—403页。

11. 《河城时报》，实际上美国并无这份报纸，根据上下文推断，很可能是《阿肯色时报》。

12. 多发性硬化症（multiple sclerosis），一种神经系统内因神经鞘细胞发生炎症而导致的全身性神经系统慢性疾病。目前病因不明，病情只能控制而不能治愈。

13. 我很遗憾地告诉各位，这绝非夸张。我在阅读特莉的病历记录的时候，数出了她有28次因为那处开放性创口被送进急救室。

14. 在现代以前，园艺和医学之间有着多种多样、十分深厚的相互联系。有时，医生被认为是园丁，而有时园丁又被认为是医生，园丁的药方就是肥料——这些种类不同的肥料就跟药物一样被认为含有比例不同的体液和性质。在Masanobu Fukuoka的The One-Straw Revolution: An Introduction to Natural Farming（Other India Press，1992年版）一书中，园丁也被称为土壤的医生。

15. 关于本质、机械论和活力论的历史，参见Max Neuberger著“A Historical Survey of the Concept ofNature”，收录于Isis第154卷（1944年刊）第16—29页，以及同作者的The Doctrine of the Healing Power ofNature Throughout the Course of Time （from Hippocrates to the Middle ofthe Nineteenth Century），（无出版或印刷单位，纽约1932年版）。

16. 本质与是者之间的关系，其实是古希腊哲学甚至古典哲学的研究内容，对这方面知识有兴趣的读者请自行查阅哲学史方面的书籍。

第五章
慢疗

特莉·贝克出院去阿肯色州不久，医院接到通知，内容是本院将要接受司法部的调查。调查原因是医院的某位工作人员联系了司法部，给他们提供了线索。至于线索是什么，线人是谁，却未被人透露出来。我觉得，拉里萨对此会很满意。

但是，医院的每个人都在心中猜测，有人说是临终关怀病房的主任凯医生注，也有人说是住在我们医院的米利亚姆修女。拉里萨认为是护理部主任莱斯特小姐，注因为她曾经将减半护士长编制的抗议一路送到了公共卫生局局长的办公桌前。拉里萨推测说莱斯特一定是为了阻拦对护理制度的破坏才迫不得已用了最后一招，因为现行的制度是她花费毕生精力建立起来的。刚开始我并不认同拉里萨的推测。以我对莱斯特的了解，她不是那种会出卖自己人的人。但是之后我逐渐了解到的事情说明，她不仅有这样的可能，而且可能性很大。

我来深池医院的时候，莱斯特小姐已经在这里做护理部主任36年之久了。在接下来的8年间，她还将继续担任这一职务。她几乎是医院里资格最老的人了，比我们医院警卫部门的长官、厨房的面包师傅在医院工作的时间都长。还记得兰托斯夫人吗？甚至在她还没接受前脑叶白质切除术的时候，莱斯特小姐就已经在深池医院了，虽然那时她的工作才刚刚开始。莱斯特小姐离开军队之后，就直接来医院工作了。至今，她已经见证了五任医院行政总监、六位医务部主任和八届公共卫生局局长的更替。

莱斯特小姐一到医院，就占领了救护车出入口和患者吸烟玩牌的大

厅之间的一座两间房组成的办公室。其中，第一间房间是她的副手唐尼·麦克法兰的办公室。于是，在接下的44年中，唐尼一直守在这间办公室的两截门旁，等候护士们过来询问关于病假和患者的问题。医院每天日常工作中的任何问题，都会被反映到这里，由唐尼解决。

莱斯特小姐则在第二间办公室里办公。这间办公室与唐尼的办公室仅一门之隔。由于这扇门位于两间办公室中间，所以她的工作基本不会受到外面的打扰。拉里萨告诉我，这么多年来她只去过莱斯特的办公室一次。当时，唐尼有事离开了办公室几分钟，于是她走了进去，发现莱斯特办公室的门开着。

“我朝里看了看，”拉里萨用她的俄罗斯口音告诉我，“屋子里黑黑的，莱斯特坐在桌子边抽着烟。桌子两边各放着两大摞白纸，两只猫趴在纸堆上。莱斯特问我有什么事，把我吓了一跳。当时我本来就是打算去申请休假的，所以我告诉了她。她就告诉我一定要把请假申请写在黄色的纸上，因为她只看这个。如果写在白纸上，就会被直接扔掉了。”

说到这里，拉里萨停了一会儿，说道：“她这个人挺难打交道，但还算公平。”

*

莱斯特身材矮小，健壮而结实，体形四四方方。即便她现在不再需要穿护士服戴护士帽，但是她依然有这样的服饰。她用铁腕安排着医院的运营工作。我逐渐意识到，正是这种铁腕维持着医院的稳定。在铁腕下也许有潜藏的智慧。莱斯特的护理部结构很简单明晰，她位于顶端，在她之下是护理部副主任，然后是护理主管和负责每个病房的护士长。莱斯特就是在这间小办公室里运筹帷幄，管理着医院的工作。至少，护理部分的工作是由她负责的。她在没有电脑、秘书，甚至没有电话答录机的情况下进行着如此庞杂的事务。莱斯特凡事亲力亲为，如果需要打字或者打电话，她就自己打字和接听电话，遇到不满的患者家属、不愉

快的患者和医护人员都会找护理部主任解决问题，莱斯特则尽可能将医护人员要求的病假天数压缩到最小。

莱斯特就在这间办公室里工作了几十年，目睹了深池医院从前现代护理方式到现代医学的转变，又陪伴着深池医院从现代医学到现代健康护理一路发展。尽管经历了这种种变化，莱斯特小姐依旧让她所管理的几百名护士和护工一直井然有序，不说像一支大军一样，至少也像一营官兵一样纪律严明。实际上，她手下的工作人员甚至要更胜一筹。

每天早上六点半，莱斯特小姐都在办公室里跟分别负责夜班和白班的护理主管开会。之后，三人会一同巡查深池医院的所有患者，一共1178名。

我之所以会注意到这一点，是因为每天早上8点，她们会穿过双层门，来到收治病房，然后从医生办公室打开的门前经过。她们经过护士站的时候会稍事停留，此时护士长就会加入她们的行列。通常，莱斯特紧闭双唇，走在队伍的最前面，这一队人就这样在病房里巡视。她在每张病床前都停留片刻，她会先盯一会儿患者，然后再看看周围的环境。任何混乱的迹象、未归位的物品及没有被注意到的患者的需求的迹象——比如呻吟声、脏污床单，以及扭曲起来的肢体，都会被记录下来并一一质询。然后，她们继续去下一位患者那里。

离开收治病房之前，莱斯特小姐向护士长下命令，然后去巡查剩下的38间病房。尽管这样会耗费掉她早上3小时工作时间的一大部分，但是这一趟下来，莱斯特小姐了解了她手下这支大军的一切动向，心中也有了工作计划。然后，她会回到自己阴冷的办公室，点上一支烟，开始后续的工作。

然而，她的工作安排里面不会包含医生。其实，莱斯特小姐是特意避开医生的。我在收治病房的这么些年里，总是看到莱斯特小姐风风火火地穿梭于我们办公室的门前，被她手下的“军官”们簇拥着，却从未朝

我们办公室里看一眼。仅仅只有一次，莱斯特小姐没能避开与我四目相对，她没有时间挪开视线。但她仍然迅速调整视线，瞪着我身后的空气，好像完全没有意识到我的存在。

不过对于莱斯特小姐这样的行为，我一点都不介怀。比如说，在她的要求下，医生和护士只能在楼梯间甚至壁橱间里见面。即便她的护士体制有弊端，但依然运行良好。莱斯特的管理模式一点都谈不上现代，但是她为患者提供了最好的护理所必需的一切要素，即一组温和而且可靠的护理人员。她这套体制下的那种独特的温柔，仿佛一条隐形的丝线镶嵌在深池医院这幅古老的画卷上。虽然我不确定这种温柔是否来源于莱斯特小姐本人，但她也绝没有阻碍过这种氛围，也没有试图拆解、移除或损毁它。

我的不介意还有一个原因是我没觉得她是在针对我。鉴于从韦茨博士那里学到的医院发展史，我认为莱斯特小姐对专业医生保持怀疑是值得肯定的。自从修道院中护理修士的职责分别由医生和护士来执行，自从拉丁语的“curare”（意为治疗）有了治病和护理的区别，[注]主导权的斗争就随之而来。究竟是谁能够成为医院的总负责人，是医生还是护士呢？究竟治病和护理哪一方更加重要？这样的争执甚至还成为法国大革命时的话题。那时，巴黎主宫医院的医生正试图从护理修女的控制中挣脱出来。

修女执掌主宫医院的历史已经有一千多年。[注]她们修道士生涯的主要职责就是照顾有病的穷人。她们为这些人提供食物、容身之所和精神上的慰藉。她们护理患者，只有在有需要的时候才求助于内科医生。直到18世纪末情况一直如此，因为主宫医院里的穷苦病人出不起诊金或其他报酬。

但大约就在法国大革命爆发的时候，医学界和其他社会领域一样，都在发生着巨变。医生们开始相信，将治疗方式与患者身体发生的变化

结合起来，才是理解人体机能最好的方式。于是，他们开始详细地记录病情，并在患者去世后进行尸体解剖。病情记录和解剖结果让医生们在病情发展与体内器官功能紊乱建立起了联系，并将给活人做的体检逐渐与在尸体身上总结出来的病理生理学联系起来。这些创新意义非凡，为医学界的圣经《临床诊断学》提供了大量内容。法国的医生们突然想控制巴黎主宫医院的原因，就在于实践他们这些新方法的最好的“材料”就是这个患者情况最多样、数量最庞大、情绪最顺从的地方——主宫医院。

医生们说服了革命政府将主宫医院的控制权从护理修女手中移交到他们手中。

可是，修女们对此表示了抗议，她们拒绝在医生的领导下工作。她们抗议说，主管修女每天总比医生们来得更早，她们用耶稣基督的责难来谴责将患者看作实验品的行为，认为这是残忍的、灾难性的谋杀。然而，她们的声浪还是被镇压了。可修女们并未就此罢休，她们一级一级向上反映。最后，她们被告知如果依然不服从医生们的指挥，将会被迫离开主宫医院。她们的态度依然强硬，且拒绝离开。她们宣言说，如果有人试图改变主宫医院古老的结构，她们将绝不退缩地起来抵抗。

见此情景，革命政府态度缓和，决定撤销之前的命令，并把主宫医院的控制权还给护理修女。于是，在接下来的150多年里，她们依旧悉心照顾着救济院里的患者。直至20世纪初，法国将这一机构变成非宗教的世俗机构，修女们方才离开。

我并不清楚莱斯特小姐对于这段历史是否有所耳闻，或许她在护士学校的时候会学习到相关知识。但是，主宫医院护理修女身上那种对患者的固执和热情却在她身上体现得淋漓尽致。而她会对专业医生和现代医学有如此的怀疑态度也就有了一定的合理性。

最主要的问题是，莱斯特小姐笃信良好的护理对患者康复起到了关

键性的作用。而在她看来，良好的护理就意味着每间病房里有足够的护士，特别是每间病房里有一位护士长。为了能让护士长们恢复原来的职位，她竭尽了全力。她沿着指挥链一路上报到公共卫生局局长和市议会那里，就护士长人员减少提出申诉。可是公共卫生局局长为按照D&T公司给出的建议做出决策辩护，并向市议会保证说床边护理的护士人数没有减少。他还声称，深池医院的人员结构在业界仍处于较高水平。

因此，莱斯特小姐有可能就是向司法部提供线索的人，就像当年主宫医院的修女们所做的一样。

*

如果莱斯特小姐真的是那个向司法部投诉医院的人，如果她的意愿是绕过新的公共卫生局局长、恢复她手下原来那些护士长的职务，那么，她的算盘可是彻底打错了。

司法部的人果然出现了。紧随其后的还有另一个调查机构，那就是医疗机构财政管理局[注]，[注]。于是，霎时间两家机构由医生、护士、律师所组成的工作组查阅了我们的患者记录。他们详细地询问了我们的行政总监——梅洁医生和莱斯特小姐关于医院大大小小所有的细节。或许就是这些审问让莱斯特小姐决定辞职。又或者，她发现护士长们再也不可能恢复原职了。无论出于何种原因，莱斯特在18个月的调查中途就辞职以示抗议，辞职是表示抗议这件事是她对报社说的。她抗议的是因减少护士长数量而造成的护理质量下降和由此必然会对患者造成的危害。[注]

旧金山市卫生委员会接受了她的辞呈并表示遗憾。他们给莱斯特小姐颁发了奖状，并投票决定将医院的小牧场以她的名字命名。就这样，莱斯特小姐离开了深池医院，走的时候离她为深池医院工作满半个世纪只差6年。

她辞职的时机刚好，司法部就这件事做出的长达18页的调查报告也刚要问世。报告中，司法部将他们对深池医院的一切不满都归咎于她所领导的护理部门。他们唯一无法怪罪她的，是过时的病房，他们对此也不太满意。他们提出的最大问题在于硬件设施，后者不符合消防、通风、地震等方面标准。最坏的就是这些开放式的病房，因为这侵犯了患者的隐私权。

我们大多数人都很喜欢开放式病房。护士们喜欢是因为她们可以同时照看到所有的患者。一眼望去，她们能立即看到是否有患者摔倒、身体不适或者在进行危险的行为。我们医生钟爱开放式病房是因为路过它时总会被它吸引，想去巡查一下患者的情况。加上我们在这里可以很方便地跟患者聊天、研究他们的病情。患者们同样喜欢他们生活的地方，因为开放的病房有趣而充满社交气息，这一点对卧床的患者来说尤其重要。1986年甚至有人在本院做过一项研究(注)，结果显示相较于私人病房，88%的患者说他们更偏爱开放式病房。

时不时地，的确总有几位患者饱受缺乏隐私的困扰。然而，我接触的更多患者则是拒绝私人病房。他们哀求我说："医生，别让我住那儿，太孤单了。"的确如此，在开放病房里，患者之间更容易成为朋友。因为他们可以从很多人里面挑选朋友，而且每天都能见着面。在这里，患者们聊着八卦，互相交换信息，结成各种小圈子。有时，这个患者来探病的家属甚至会跟另一位或鳏寡或孤独的患者认亲，并带食物来探望他们。对于人到中年、工作压力大、身心俱疲的调查人员来说十分重要的隐私，那些久卧病床或者身患残疾的患者不那么看重，后来的事情证明，隐私对于这两类患者来说甚至还相当有害。

但是，司法部并没把这些当回事。调查者们绝不认同开放式病房不仅仅是一间"36张病床的房间"，他们绝不认同这里是一处有大量的窗户、阳光和新鲜空气的，庞大而开放的空间的说法。他们也不相信开放式病房所营造出的社交氛围比它所缺乏的隐私更重要。司法部要求市政

府必须对这家旧医院采取以下措施：要么根据21世纪的技术标准进行重建，要么就把它关掉。

当然，建筑并非司法部找出的唯一问题，他们还发现，医院里有些患者没有必要住在深池医院，他们可以在社区中接受护理。住在这里反而侵犯了他们应在受限最小的环境中受照顾的公民权。因此，他们的第二个要求就是深池医院立即评估每位患者的情况，让一切可以在院外接受照顾的患者出院，而不管这些患者是否愿意。

最后，司法部发现了护理部门存在的大量问题。即便是他们的调查人员还在医院的时候，患者们都可以在病房中随意进出，而护士对此却一无所知。有些患者偷偷将酒和毒品带了进来。司法部还在报告中注明说，当护士们发现这些问题时，她们仅仅把它们当成临时的个别事故来处理，没有后续的管控机制，没有深入调查，更没有专门的委员会来负责这件事。总而言之，护士们缺乏培训，她们甚至一直不清楚她们给患者服用的药物可能导致的不良反应。有些护士不知道怎么做心肺复苏，而护理工作规程手册已经超过三年没有更新了。

这份长达18页的报告在结尾处指出，深池医院存在的这些问题都必须解决，且需要立即采取措施。[注]

*

市长看完报告后，将它转给了我们新任的公共卫生局局长斯坦恩医生。

斯坦恩医生来自纽约，年轻有为，精力充沛，皮肤黝黑，总是留着短短的胡茬。只有出席葬礼和参加剪彩仪式时，他才西装革履。其他场合下，他通常都穿着牛仔裤和开领的格子衬衫，把一只袖子卷得高高的，因为他不开车而是骑自行车。斯坦恩医生擅长解决问题，乐观开朗，善于倾听。每当他人说话时，他总是一脸坦率，带着笑意，眯起眼

睛倾听。在他任期的后面一段时间里，他变得并不像以前那么乐于倾听了，但仍然乐观积极。

接到司法部给的报告后，他做的第一件事就是要求我们重新评估目前住院的1178名患者中每一个人的情况，以安排他们出院。我们花了几周时间来完成这个任务，结果发现司法部所说的不无道理，确实有些患者可以出院，回到社区接受护理。这样的患者一共有60名，其中25名拒绝出院，另外30人出院后无处可去。仅有5名患者同意出院，且有新的去处，于是他们出院了。

接下来，斯坦恩医生开始思考这家老旧医院的未来，是被关停，还是重建呢？如果要重建医院，那么新的医院应该在何处选址，具有多大的规模？新的医院是继续选址在我们现在所在的这座山上，还是变为多家散布在城中各处的规模较小的机构呢？此后他花了整整一年的时间来评估各种可能方案。

最后，他任命埃伦·玛丽·弗兰德斯为新的护理部主任。她是一名注册护士，具有护理学硕士学位，并即将获得博士学位。斯坦恩医生骑着自行车来我们院通知这一消息。会上，他告诉我们埃伦·玛丽是一名很出色的管理者，并赞扬了她以消费者（！）为本的护理模式。斯坦恩医生让我们所有人都欢迎她的到来。

传来的只有零星的掌声。

埃伦·玛丽起身开始她的就职演说。她跟莱斯特小姐差别真是不能更大了。埃伦·玛丽身材娇小，一头金发，身着灰色的套裙、长袜和低腰鞋。她头发蓬松，戴着看上去很值钱的耳环。埃伦·玛丽有着温暖的南方口音，说起话来慢吞吞地，笑得很灿烂。她告诉我们，她对深池医院的印象很深，并对她能带领医院走入21世纪而感到十分激动。她让我们直接称呼她埃伦·玛丽，或许是想从称呼上体现自己新式的护士管理方法与莱斯特小姐的旧模式的差别。

埃伦·玛丽做的第一件事就是将护理部门的办公室从莱斯特小姐位于医院后部的房间搬到位于医院前端的管理楼。新的办公地点更加安静祥和，远离救护车、患者及医生的活动路线。她把这间过时的套间重新粉刷成灰褐色，地上铺着奶油色的地毯。一张金色的丹麦式办公桌上放置着电脑。此外，她还从县医院带来了同事，她们也是一些和蔼可亲、雄心勃勃的护士。她终于坐下开始研究司法部的报告书。埃伦总结说，深池医院护理部门目前需要的是新的管理模式、新的监管委员会和新的护士培训。

于是，埃伦带领她的新团队开始编写表格、建立管理委员会、创建新的护理培训与教育部。她们将病房里最优秀的护士编入委员会，号召每位护士都来参加她们新开发的PPT（演示文稿）课程和在线培训课程。由于预算紧张，在这些护士们不得不缺勤时，顶班的护士只能拿到一点点补贴，所以患者所得到的护理比以前更加不足。

新的护理管理部门花了很长时间去做这件事，但最终她们几乎为所有的事项都制订出了各自的表格，并成立了对应的委员会。现在，如果有患者从医院消失了，我们就要填写相应的表格——《患者失踪表》，并将表格交给对应的委员会——患者失踪委员会。此外，还有负责患者跌倒的《患者摔伤表》和摔伤委员会，褥疮和吸毒等等行为都有相对应的表格和委员会。甚至，当我们必须升起患者的床栏杆以防止他们从床上摔下来时，也需要填写表格。只要我们给患者开抗精神病药物，甚至只是更换药物，也要填表。由于要填的表格太多，病例记录开始爆炸式膨胀。因此，每隔6个月，医生们的所有记录都要被清理出病历，以便给新的表格腾出空间。

即便医院每年都会面临财务预算危机，但是埃伦·玛丽仍然有办法雇用到足够的员工来运营她的管理机制。我们时不时能见到这些员工，他们身着深色西装，皮鞋擦得很亮，在认真地检查患者的各类表格。

与莱斯特小姐不同，埃伦·玛丽并不每天查房，她甚至一周、一个

月都不会来病房巡查。她没有必要这么做，因为这件事也有一张表格——每日报表上会反映病房的一切恶劣情况，即饮酒、跌落和随处溜达等行为。当然啦，这样的事情还是会发生。尽管我没发觉护士们参加的各类新培训使她们的水平更高，可似乎也没受到什么损失，大多数护士都具有基本的职业素养。她们的确对涉及填表和委员会的事宜更加注意了，而更少把时间花在患者身上。这就是我能发现的全部变化，只除了一点，我开始怀念莱斯特小姐和她每天清晨的查房。

*

这一段时间医院里变革不断，而让我欣慰的是我可以通过对希尔德加德和前现代医学的研究来寻求慰藉和宁静。

这时我已经完成了博士阶段的必修课程，而且把硕士论文压缩精简成了一篇文章。同时，我还在探索理解希尔德加德医学的新途径，为此，我在图书馆里泡了几个月。几个月前，如果有人问我中世纪时期的典籍还有几本存世，我可能会回答几百本。但是现在我发现，这样的书籍有上千本之多。

这些书都是手抄本，那时还没有发明印刷机，那时的重要手稿通常用每章开篇页中的袖珍画来“阐明”。虽然这些画是用从藏红花、鼠李和靛蓝等植物中提取的物质制成的，但当我在图书馆里打开这些手稿时，我还是惊讶地发现这些有着千年历史的图画仍然没有褪色。这些小画像中的人物形象生动鲜明，医生们帽子的红色、朝圣者斗篷的蓝色还有小女孩头发的黄色飘散在页边。这样的插画有上千幅，它们描绘的事物千姿百态：在厨房劳作的妇女、在花园耕种的园丁和照顾患者的医生。这些图景都是中世纪生活的缩影，看着这些图画，我感到横亘在希尔德加德和我们之间的异样感消失了。

希尔德加德的医书中虽没有插图，但她的其他三本重要书籍中却有。这三本书是希尔德加德基于她孩童时期的一些复杂视觉感知而写成

的神学著述。从生理学的角度上讲，我们并不理解这些视觉现象。有些内科医生认为这些视觉现象是偏头痛的先兆（aura），所谓先兆是在偏头痛前有时会出现的闪烁的视觉景象。另一些医生认为她的视觉现象可能是癫痫导致的症状。但是无论原因究竟是什么，这些视觉景象都将希尔德加德从一位胆小的修女变成了一位自信而坚定的女性。所以在神学著述中，希尔德加德用插画表现了每一幅她看到的景象。这些书籍的副本尚存于世，精巧而美丽，还有一丝奇异的美感，充满了梦境的气息。看到它们的时候，我不仅被画面的精美震惊，而且它们所表现出的希尔德加德的丰富世界也让我甚是惊喜。

书中甚至有一张希尔德加德的画像，当时她尚在人世。这幅画虽然算不上栩栩如生，却也能体现出希尔德加德的许多信息，比如希尔德加德是如何看待自己的，以及她希望给人们留下什么样的印象。画中的她身着本笃会修女的黑色服饰，坐在教堂里的写字台前。她的脚放在木凳上，手中拿着羽毛笔。她的长发被包裹起来，阳光透过窗户照在她的额头上。一旁，她的好友兼秘书沃玛尔修士惊讶地看着她。

*

她的插画中，我最喜欢的是她第一本书中的第三幅意象作品[注]：《认识上帝之道》（*Scivias*），因为它描绘了四元素系统。画作的主体由金色和蓝色组成，看起来是一个头部尖锐的椭圆形。在椭圆的上端，太阳、月亮和行星排成一列。这意味着三者的结合，也描绘了上帝创世的那一刻。椭圆外是一圈火焰，火焰里面是闪烁着繁星的夜空，这些代表了火元素。椭圆的中心处是圆形的地球，象征着土元素。在土和火元素之间的是水元素，用空中的一团团雨云代表。最后是画作四角的东、西、南、北四向来风代表的气元素。希尔德加德解释说，这些风是宇宙的驱动力，随着宇宙绕着地球轮转，风促成了冷、热、干、湿这四种性质的互相交替，而这创造出了季节变换。

这是一幅美丽而统一的图画。尽管那时候我没能理解它的含义，但这幅画将成为我探索希尔德加德医学和前现代医学的钥匙。

*

图书馆里发现的中世纪藏书让我或多或少远离医院里的压力，但收治病房门外的局势紧张，整个都是一团乱麻，我从梅洁医生脸上就能看到疲惫的痕迹。然而收治病房里面的情况却一如既往。芬特医生依旧和我一起负责患者，罗梅罗医生依旧给患者做着深入的检查，好脾气的杰弗斯医生还是用微笑应对一切突发事件。这并不是说，收治病房永远都处于轻松和宁静之中。收治病房所有的只是医生们忙碌的身影和大量的工作，但这些总能让人感觉乐在其中。

比如说，我结识克拉拉·穆勒夫人的那一天。

由于前一天的最后一名患者是我来收治的，杰弗斯医生就要负责收治下一天的第一位患者。那天早晨我已经完成了查房，巡视了我的所有患者。正当我坐在那张摇摇晃晃的办公桌前时，一辆救护车开进了医院。我看着救护人员来到车的后方，打开两扇门，将杰弗斯医生的下一位患者抬了出来。他平躺着，用皮带固定在轮床上。过了一会儿，救护人员推着患者的轮床经过医生办公室的门口。这时，杰弗斯医生伸了伸腿，穿上他的白大褂，出去接诊他的新患者，我则返回自己的岗位工作。

不过仅仅几分钟后，我就听到一阵脚步声，然后杰弗森医生把头探进办公室里。

“维多利亚！他跑了！我的新病人！他跑出了医院，现在在停车场，快帮我抓他回来！”

我跳了起来，跟他一起去追患者。我们超过了半道上加入我们的梅

洁医生。我们一起跑到了停车场上，然后大家一起停下来，杰弗森医生开始环顾四周。

“发生了什么？”我问道。

“我刚收治的患者患有亨廷顿病[注]，他的母亲已经没法再照顾他了。他神志虽然不清楚，但年轻力壮，一解开救护车轮床上的皮带，他就逃脱了。他在那儿！”

放眼望去，这位先生就藏在停车场对面的一座郁郁葱葱的小山坡的树林里。他个子瘦高、神情警觉。他的双臂乱舞，重心一直在双脚间轮换，表现出亨廷顿病的典型症状。他站在树林里，像一只被追捕的猎物一样，寻找着逃跑路线。尽管我不愿意这么比喻，但是实际情况就是这样的。

在他跑下山逃到繁忙的街道之前，我们三个分三个方向包围了他。这时，我们医院的安保人员也恰好赶到。他身材魁梧，虽然跑得慢却势不可挡。我们四人慢慢接近他，而这位患者先生却看了看四周，一溜烟跑下了山。幸好警察派了个人在那里接应，我们五人一起缩小了包围圈，将他围住。他最后一次四下看了看，然后深吸一口气，肩膀耷拉了下来。警察将他包围，见情况稳定了，我和杰弗斯医生回到了办公室。

“怎么回事儿啊？”

“是这样的，”杰弗斯医生踱着步子，看着我，用他慢吞吞的语调说，“说来挺不幸的，戴维和他的兄弟史蒂夫都有亨廷顿病，一直由母亲照顾。可是他们的病情在恶化，神志不清，但年轻力壮，所以他们的母亲不能继续照顾他们了。他们从家里逃出来，跑到邻居家的床上，被找到的时候还跟母亲打架。所以几个月前，这位母亲将史蒂夫送到了医院，我们劝她把戴维也送到同一病房，这样两兄弟互相有个照应，母亲也方便同时探视他们俩。但是我们现在似乎顾不过来了。”讲完这个故

事，我们坐在办公室里继续聊着，“司法部的调查再加上预算的削减，我们的人手不够，没有多余的人手来照顾戴维了。我给县医院打了电话，他们决定收治戴维，直到他同意住在深池医院为止。”

亨廷顿病是证明现代医学奇迹力量的例子。这是一种无法被治愈的，常染色体显性遗传的大脑疾病，这意味着如果父母一方患有这种疾病，那么孩子有50%的概率患病。戴维的父亲和祖父都死于这种疾病。亨廷顿病以一种特有的方式破坏大脑机能：首先是大脑的判断区域被破坏，接着是大脑感觉区，最后是控制力量和精力的区域。这种疾病也会破坏调节运动机能的部分大脑区域，因此，就像我看到的那样，亨廷顿病的患者动起来通常会有抽动和舞蹈的行为出现。

这种疾病最残忍和最捉弄人的地方在于，患者通常要在中年的时候才会表现出症状。因此，直到几年以前，我们都无法判断他们是否逃脱了家庭遗传的魔咒。所以患者的家属就这样组织家庭，结婚生子，将这种疾病又遗传给了下一代。后来，人们发现了一种可以提前预测亨廷顿病的血液检查法，打破了这种疾病对人类的捉弄。当然，人只是想知道自己没有患上这个遗传的、无法治愈的痴呆疾病，而不想知道自己已经患病。因此，这种血液检测也是对患者勇气的考验。但是，这种检测直到古铁雷斯兄弟——也就是不幸的戴维和史蒂夫——已经中了大奖显示出亨廷顿病的症状后才问世。

正如杰弗斯医生所说，如果是在D&T公司调查和司法部报告之前，我们可以将戴维收治于深池医院。护士长可以把戴维安置在距离她观察窗最近的床位，并且全天候监督他的情况。如果他还是时不时逃跑（这也在我们意料之中），我们会用捆绑背心和镇静剂降低他再次逃跑的概率。但是，我们已经没有在空闲时编织毯子和悉心监护患者的护士长了。现在，使用捆绑背心和镇静剂都会遭到质疑，而且，司法部对于任何一次偶发的患者逃跑都持零容忍的态度。

就这样，杰弗斯医生不得不通知了县医院，并把戴维送回去，让他

在那里长期而无谓地住下去。杰弗斯医生告诉县医院的医生，深池医院可以收治他，但是必须在他的病情发展到只能卧床的时候才行。亨廷顿病最终会导致这样的情况。

*

戴维是那天收治的第一位患者。

第二位患者是我收治的克拉拉·穆勒夫人。在她从家里出发来到深池医院之前，我仔细地阅读了她的病历记录。她的病历记录较少，但信息量已经足够了。病历记录显示，78岁高龄的穆勒夫人已经无法自理。

其实，直到8个月前，她的状况都尚好。这个尚好的意思是，她还可以收拾屋子并照顾她那个40岁、有智力障碍的女儿。她很健康，老年生活也过得有声有色。寡居的她会跟邻居玩玩牌，出去跑跑腿，然后在位于城市一角的家里的小厨房做做饭。但突然有一天她倒下了，髋关节骨折。

治疗髋关节骨折是现代医学体系的又一奇迹。30年前，髋关节一旦骨折就完了。修补髋部的手术耗时漫长，且伴随着一段极长的卧床康复期。这期间还隐藏着许多潜在的并发症，比如肺栓塞、褥疮、肺炎。此外，患者还面临着失业、无家可归、丧失社会地位、无聊、抑郁和高昂的治疗费用等一系列的问题。而今，髋关节骨折手术只需45分钟，之后在医院休养几天，然后髋关节就焕然一新。这是巨大的进步。

穆勒夫人接受的就是这样的治疗。她摔倒骨折后，报了警，于是急救车将她送到了市里最好的医院。入院当天她就接受了手术，医生将她臀部的球窝关节切除，用一个钛合金制成的球体替代了原关节。手术后，她服用了神奇的抗凝药物。为了防止褥疮、抑郁及厌倦情绪的产生，医生鼓励她下床走动。

然而，有些并发症仍然让我们猝不及防。

首先，穆勒夫人在手术后出现了谵妄[注]（delirious）。但检查表明她并没有任何急性病，所以她的医生将这种症状归因于尚未确诊的阿尔茨海默病所引起的精神错乱。于是，他们开始给她服用抗精神疾病类药物。同时，她还被诊断出患有糖尿病，而且血糖时高时低，难以控制。尽管她的身体已经从手术中恢复了，但治疗精神疾病的药物也没能让她清醒过来。术后的穆勒夫人显得安静内向。她神志不清，无法正确理解自己患有糖尿病的事实，更不能每天自主注射抗凝血药物及正确服用止痛药。

在这样的情况下，医生简直没办法想象这位老人该如何照顾她成年的失智女儿和收拾房间。但是他们却同意那些效用评估员的看法，认为穆勒夫人住在家里会比待在医院好。实际上，这么做对医院也有好处。因为无论穆勒夫人的髋部骨折发展成什么样，医院已经拿到了钱；除此以外，即便穆勒夫人住院时间再长，他们也不能获得任何额外的收益了。这对穆勒夫人也好。回家住可以避免穆勒夫人受到医院里罕见病菌的感染，而且家中相对熟悉的环境或许可以让她的神志稍微清醒些。出院对穆勒夫人的女儿也是有好处的，医疗系统也能从中获益，因为无论是护士上门为她注射药物，给她服用止痛药和测血糖，还是让理疗医生上门帮助她活动臀部，或者家政人员帮她收拾房间，抑或是安排上门送餐服务，再加上主管所有这些服务的社工，所有的开销也不会高于继续让她住院所需的费用。

所以，以上所有业务都安排好了，穆勒夫人回到了家里。

穆勒夫人出院后的生活过得极有规律。每天，理疗师来到家中帮助她活动并臀部，家访护士给她必要的止痛药物，帮她测血糖并注射胰岛素。护士甚至试图教会穆勒夫人有智力障碍的女儿帮她注射。一天两顿饭有专人送来，家政人员每天来帮助收拾屋子，送穆勒夫人的女儿上

学，帮穆勒夫人穿戴整齐然后坐上轮椅。每天晚上，家政人员又会再来，将早上的程序反过来操作一次。

只有一点，穆勒夫人的病情并没有好转。至少在送到深池医院时，同时过来的社工在谈话中是这么告诉我的。她的病情没有起色，即便服用有麻醉作用的止痛药，手术后的臀部还是持续疼痛，以至于必须加大止痛药的剂量。她经常拒绝起床，不能坐上轮椅，更别提下地练习行走。正因如此，理疗师后来也不再去穆勒夫人家了。因为她吃得少，糖尿病的情况倒是有了些好转。可是神志不清的情况没有减少，也许更严重了。穆勒夫人终日卧床，如果开口说话，那肯定是要更多的止痛药。

所以社工告诉我，他们最终决定放弃。他们已经尽了全力让穆勒夫人在家休养，可是她依旧挺不过去。她得由一家专业机构照顾。考虑到她病情的复杂性和作为寡妇的脆弱财务状况，深池医院是她的不二选择。至于穆勒夫人的女儿，也需要找个地方安置。

对社工的努力表示感谢后，我离开办公室去找穆勒夫人。我在众多患者中寻找那一位虚弱的银发老太太，她可能安静又孤僻地躺在床上，可能会嘟囔着回答我的问题。我看到了她，这位满头银发的老者躺在床上，闭着双眼，看起来的确虚弱无力。

但是在我用“下午好”打完招呼后，令我惊奇的一幕发生了。尽管那声音很虚弱，但穆勒夫人还是用她那抑扬顿挫的奥地利口音回应了我一声“下午好”。不仅如此，她还睁开了双眼望着我。我看到那双湛蓝的眼睛显得非常警戒而谨慎，神志比病情允许她表现出来的更加清晰。她知道自己的名字，知道今天的日期，也清楚自己身在何方，还知道自己为什么会在这里。臀部患处带来的疼痛让穆勒夫人感到疲惫、倦怠和昏沉。尽管如此，她还是清楚地告诉我，她没法走路了。

检查中，我有些惊讶，因为没有发现丝毫糖尿病的迹象。检查她臀部的时候，我更惊讶了，因为手术的切口已经完全愈合了。可是，当我

建议说要检查臀部的可活动范围时，穆勒夫人痛苦地畏缩起来。这样的情况在髋关节置换术后6个月出现，显得不太正常。所以体检结束后，我将穆勒夫人送到楼上准备拍一张X光片。几分钟后，我上楼查看结果，X光片显示她的情况很不正常。穆勒夫人臀部的钛合金球脱出了关节窝，而且这个情况应该在几个月前就出现了。怪不得她不能走路了。

我下楼回到办公室，给穆勒夫人的手术医生打电话，将X光片的情况告诉了他。值得赞扬的是，在我指出漏诊情况的所有内外科医生里，这位外科大夫表现得最为尴尬，歉意也最诚恳，他答应过来亲自检查穆勒夫人臀部的情况。后来，他意识到其实没有再次检查的必要，于是自告奋勇要给穆勒夫人安排第二天的校正手术，地点还是在第一次手术的医院。他言出必行，手术如期举行。

穆勒夫人的手术一切顺利，三天后，她回到了深池医院。人造关节现在复位了。看上去，她还是像原来一样安安静静地躺在床上，依旧能感受到疼痛，但是又有些不同。髋关节错位导致的长期疼痛让她身体虚弱，然而手术后的疼痛是可以预料到的，痛感区域在一定范围内，且最重要的一点是，这属于暂时性疼痛。现在，穆勒夫人由长期疼痛转换成了短期疼痛，所以，她的面部表情轻松了许多，眉头也舒展了。我现在才发现，原来穆勒夫人是位美丽的女士。

通常，在年老的时候依旧保持美丽的容颜是很少有的。我负责的患者中，只有几位女性仍旧貌美，男性的数量更是少之又少，他们在年轻的时候一定都拥有极其美丽或者帅气的容颜。大多数患者身上都有很特殊的地方，比如微笑、抬头的动作和眼中闪烁的光芒。这些特点让他们年纪越大越有魅力。但穆勒夫人只属于普通的美丽。穆勒夫人有浓密的银发，湖蓝色的瞳仁。她的皮肤因为一生中未被阳光摧残而干净雪白，几乎没有一道皱纹。

穆勒夫人其他方面的状况仍然照旧。她每天服用的药物与之前的相同，她依旧虚弱、寡言而昏昏欲睡。

过了几个星期，穆勒夫人的新创口痊愈了，臀部的疼痛也消失了。由于她不再有这种需要，我就停掉了她的止痛药物。停用止痛药后，她的情绪开朗了许多，声音变清晰了，看起来也变得更强壮。

接下来，护士每天早上会把她扶到椅子上。我查房的时候，就坐在她床上，跟她一起练习德语。她给我讲以前在奥地利居住的村落，讲她来到美国的经过，告诉我她和她的丈夫在市里发现的那个小小社区。虽说只有几条街的范围，但是那里的奥地利色彩却很浓郁。她说，我会喜欢那里的，我可以在那里找到德语书籍和杂志，德国音乐，还有小店里贩售的德式糖果、面包、香肠和曲奇饼，那里还有一位奥地利裁缝。我甚至可以在街角的餐馆里享受一顿正宗的德式大餐和德国啤酒。我一定要去那里试试。

又过了几周，我开始怀疑穆勒夫人到底是不是真的有痴呆或精神错乱。她看起来没有痴呆。她的眼神机敏，坐在椅子上的时候，她能注意到病房里发生的一切。她可以从前一晚开始讲述患者和护士的行为。她也不像有精神错乱。她既没有幻觉，也没有妄想。黄昏的时候，阿尔茨海默病患者的妄想症会加重，可即便在那时，她也没有表现出畏惧。穆勒夫人的确仍在服药，而这些药物有可能掩盖她的症状。但如果真是这样，这些药物的效果也实在太好了。通常，精神病患者服药后可能只是病情受到了控制而已。但相反地，穆勒夫人则非常活跃，思维敏捷。看起来，给她停掉抗精神疾病的药物值得一试。

接下来的几个星期，我就是这么做的。因为抗精神疾病的镇静类药物会在人体内存留一段时间，所以要花一阵子才能看出效果。患者们停药后通常一开始表现良好，但是停药几个星期之后就开始出现易怒、妄想的症状，并且开始抱怨护士们给他们下毒。但是穆勒夫人停药后的情况却良好。我很高兴看到她的进展。随着停药比例的增加，穆勒夫人的性格也随之变得越来越鲜明。日子一天一天过去，穆勒夫人的性格就像底片上的影像，随着冲洗照片的过程，逐渐变得栩栩如生、清晰可辨。

大约在入院三个月后，穆勒夫人问我她是否可以接受理疗，并重新练习行走。她在理疗的过程中非常努力，所以很快就可以借助步行器在病房里行走了。后来她只用拐杖就可以走路了。所以，我开始考虑穆勒夫人是否可以回家，尽管她仍然有糖尿病、要注射胰岛素和照顾女儿。

我知道穆勒夫人可以学会自己注射胰岛素。但是我在第一次给她体检的时候，就发现穆勒夫人并没有长期糖尿病症状，比如神经病变或者眼部病变。更重要的是，穆勒夫人住在收治病房的三个月里的血糖检查一直是正常的。所以，停用胰岛素后观察病情会如何发展看上去也值得一试。

什么事都没有。没有注射胰岛素，穆勒夫人的身体也没有出现问题。她根本就没有糖尿病。

那么，穆勒夫人当初是如何得到这份诊断的呢？原因很难说。有可能穆勒夫人在首次入院的时候，因为应激而引发了潜在的糖耐量异常，也有可能是实习医生过度解读了化验单上的数据，又或者穆勒夫人检测前因为低血糖而通过静脉注射了葡萄糖，所以被误诊为糖尿病。

不管原因究竟为何，穆勒夫人的髋关节得到了修复，她现在可以毫无疼痛地行走了。停服止疼药物后，她的精神也好了很多，不再迷迷糊糊了。她不再服用抗精神病类药物，于是不会出现整天昏睡的情况了。现在，我们确认了穆勒夫人没有糖尿病，她可以出院回家了。

于是，我们开始安排她出院的事宜。负责穆勒夫人的社工很高兴获悉她可以回家，而且不再需要家访护士上门帮助她服药，也不再需要家政人员帮她收拾房子，不用理疗医生帮她练习走路，也无须护理人员帮她照顾女儿了。就这样，穆勒夫人在深池医院住院治疗六个月之后，终于可以出院回到她的公寓，回到她的女儿身边，回到这座城市里属于她们的奥地利小天地。

*

穆勒夫人的案例让我印象最深刻的，是我在治疗她的过程中为医疗体系节约的经费之多和这一过程所花费的努力之少。做出正确的诊断并非难事，深池医院的几乎任何一位医生最终都会参考X光片，然后得出人造髋关节脱臼的结论。

但是，穆勒夫人卧床在家的六个月里，为什么其他人没能想到这一点呢？我不知道原因，但是我是这么猜想的：上门帮助穆勒夫人活动的理疗师向她的主治医生反馈说她的情况并未见好转，然后理疗医师的责任就到此为止了；家访护士负责到家里给穆勒夫人注射胰岛素，然后护士的任务也完成了。家庭医疗人员上门护理，社工完成自己的使命，但没有任何人将这一连串的工作连接起来。

那么穆勒夫人的主治医生呢？她没有自己的主治医生吗？难道她的医生不应该做出正确的诊断吗？

至于这一点，我和穆勒夫人都不得而知。在公寓房间里卧床的六个月中，可能没有任何一位医生查看过她的情况。同样，她也没有再见过做手术的外科医生。外科医生收到过来自家访护士和理疗师的报告，但他告诉我，他从未想过让穆勒夫人来医院接受检查，因为太麻烦了。相比之下，患者在深池医院就容易随时接受检查和拍X光片，只要片子一出来，也可以很容易地上楼亲自去看结果。

在穆勒夫人不再感到疼痛之后，深池医院的大多数医生也会选择给她停开止痛药，因为这是深池医院的一种企业文化。可是，医院外的情况就并非如此。我曾经收治过很多患者，即便他们的疼痛症状已经消失，也从未停止服用止痛药。这是为何呢？因为惯性，也因为难以在时间短、频率低的门诊就诊过程中准确衡量患者的情况。这样的话，不要自找麻烦地给病情稳定的患者停药就显得更加安全一些。

在深池医院，会选择减少抗精神疾病类药物的药量的医生可能会少一些，但是很多人仍然会这样做，毕竟我们有大量的时间去24小时地观察患者。穆勒夫人减少药量后重新变得精神错乱的风险是可以承受的，因为一旦穆勒夫人出现任何神志不清的症状我们都可以立即发现。

相较而言会同意停止给穆勒夫人注射胰岛素的医生就更少了。因为糖尿病的诊断结果是很难推翻的。不过，在深池医院的几乎所有医生手上，她最终都可以出院回家。因为这才是这个地方的本质——这里有开放病房，在开放病房里，患者可以得到机敏的护士的时刻关注；这里有每天为他们检查，并及时发现身体状况变化的医生；还有仅仅一层楼之隔的X光机。

*

目送穆勒夫人上车的时候，我不禁又想起深池医院的慢疗（Slow Medicine）为医疗系统节省下来的经费。我开始认为，正如飨宴之于快餐，深池医院的慢疗也有异曲同工之妙。

之所以会想到节约经费，是因为我们正值另一次预算危机，子女公证部门也在不断给我们发来关于成本控制的备忘录。他们建议我们有任何举措前，都应当考虑成本的问题。开处方时，如果以前的廉价药物可以达到治疗目的，就应当避免使用最新的药物；如果没有临床反应，就暂时搁置较为昂贵的检查；预约车辆时，用厢式货车代替救护车；即便是常规的实验室检测，也要三思而后行。行政部门出台这些建议，似乎认为医生们必须再三提醒才能时刻注意成本问题。有些医生将这些建议当作资本主义入侵医疗卫生体系的证据。从穆勒夫人的案例中，我发现困扰医疗财政预算的真正问题在于行政部门的思路不够开阔：它们的视野不够宽广，也没有抓住真正的症结。

在对穆勒夫人的治疗中，节约经费的是准确的诊断和对她的病情从容进行的重新评估。这些工作并不复杂，只需要一次简单的体检和老掉

牙的X光检查。但是这都要花时间，实际上要花很多时间。一次仔细的体检下来需要大约两个小时，我每天查房的时间虽然并不长，但正是这两件事让我确认穆勒夫人并未患有痴呆、精神错乱或糖尿病。

经济学家们认为上述护理过程花销昂贵，但是，如果不考虑穆勒夫人余生中一直住院所需的费用，实际上深池医院这样的照顾比一次核磁共振或者一次常规的化验还要便宜。我算了这么一笔账：一位在深池医院住院6年的患者平均每年的花销是12万美元，减去穆勒夫人二次手术的费用（不算照顾她失智女儿所需的费用），给穆勒夫人做出精确的诊断就给医疗卫生系统节省了40万美元。

穆勒夫人的案例让我感触良多。如果医生真的要为医院的成本负责，我们为什么不能将医生所节约下来的成本拿到手，然后把这些钱用在患者身上，投入经济学家当成是过度的照顾而被裁减掉的护理上面？

实际情况恰恰相反，我们不但没有多余的经费来支持药物治疗、化验和治疗过程，相反，我们需要十分节省其他开支才能弥补这一部分的资金不足。这样的情况下，人力成本、饮食和装备的经费就捉襟见肘了。算来算去，行政部门认为药物、化验和治疗过程几项开支是必需的，而有足够时间投入工作的人员是可以减少的奢侈品。

医生尤其如此。我十分惊奇为何经济学家们会认为医生的聘用成本如此之高。[注]他们提出了许多经济策略，比如将医学知识简化后教给护士和助理医师，将医学诊断决策计算机化，用算法代替思维。提出这一切的原因都是认为医生是一种太过昂贵的商品。实际上，医生们的工资并不高昂，至少我认识的医生是这样。在医生身上花的钱并不比护士、中层经理或者信息系统技术员更多。对穆勒夫人进行精确诊断的费用加上我在她身上花的所有时间成本，也不超过一次核磁共振的费用，这里说的还是批发价。

还记得前现代医学中的其他疗法吗？经济学家们同样对它们下了

手。他们认为营养的食物和安静的治疗环境等细微的事情都是昂贵的奢侈品，需要被裁撤。举例来说，在深池医院，大多数患者一天服用15到20种药物，而其中有很多是他们并不需要的。但他们每日的饮食预算却被削减到7美元，只够基本开销。

我不禁怀疑：经济学家们有没有将他们那一套基于证据的医学标准应用到他们自己的经济学假设上过？也就是说，在何种情况下，什么样的患者患了哪种疾病才值得享受营养的美食、洁净的环境和医生为他们开药、化验和治疗的时间和心力，尤其是那些病人根本不需要的药物、化验和治疗。

穆勒夫人是深池医院的慢疗案例中给我留下很深印象的一例，但她绝不是唯一的一例。我接诊的几乎所有患者都存在误诊或已经过时的诊断，而患者们也都在服用误诊或已经过时的诊断所对应的药物。有些药物治疗需要患者定期接受血液检查；有的药物引发了其他的不良反应，需要服用更多的药物来缓解这些不良反应。患者们承受了很高的出现不良反应的风险。我的患者刚入院的时候服药的数量平均有15到25种。实际上，他们最后真正需要的药物只有六七种。

要知道，即便最廉价的药物也价格不菲。药物成本加上副作用、配套的化验、不良反应，还有药剂师备药、医生开具处方和护士让患者服药的一切时间和人力成本，每种药物一天的成本在六七美元左右。这么算来，按照节省了10到12种非必要药物的消耗来算，深池医院的慢疗比所谓的高效医疗每天最少能节约70美元。

如果用这70美元给患者买礼物的话，可以买些什么呢？我想，可以给他们买美食。70美元不仅可以买到好吃的东西，还能买到各种各样、品质上乘的有机食品，还可以买美酒。比如希尔德加德用来治疗厌食症和消化不良的药用啤酒。还可以用这些钱来给他们安排针灸服务和按摩理疗，每天给每个病人省下70美元的话，我们的经费会绰绰有余。

在接下来的几个月中，随着对希尔德加德医学的深入研究，我的思路逐渐开阔起来。突然，一个想法跃入我的脑海：为什么不能在深池医院里专门设立一个慢疗病房来检验这种治疗方式的有效性呢？[注]为什么不用它来与经济学家们的高效医疗方式做对比呢？我想，做一次为期两年的实验应该不难。我需要的只是一间病房，还有行政部门豁免我不受下雪般的各种表格和规章限制的许可。另外，还需要一套电脑程序来记录病房开销和结余的情况。我当时相当确信，病房的经营最终会出现盈余，我也打算好了如何花掉这些省下来的钱。

我给这间慢疗病房起了一个名字，叫作经济医学病房（Ecomedicine Unit），简称ECU。[注]叫这个名字是因为我的这间病房应该成为一个“oikos”[注]，即一个自给自足的空间，无论是患者的身体，还是病房本身，抑或是整个世界都将达到这种状态。患者的躯体是一个oikos，因为它们应该与周围的环境融为一体，而非孤立地存在。病房将是一个oikos，因为总的来说它将成为一间自给自足的小医院，其生态与整个医院和外面的世界融为一体。我们还会关注在病房里工作的医护人员和所有进入、离开这里的人和物的幸福感，这包括了我们所吃掉的动物和植物，还有我们用过并丢弃的物品。

我们这间病房的生态环境将会是不规则的，其诸多生态系统的尺度大小不一，层次也高低不同。

于是，我跟柯蒂斯医生谈了谈自己的想法，因为他能推动经济医学病房项目启动。

柯蒂斯医生认为我的想法非常不错，只可惜他已经有了自己的下一步打算。他将要去新西兰，因为那里的海浪棒极了，医疗系统也运行良好，他对将要到来的变化充满了期待。

然后，我将自己的想法告诉了拉里萨，询问她是否有意做经济医学病房的护士长，因为设立护士长将是我要花的第一笔钱。

拉里萨当然愿意，毕竟我的构想对她来说算不上太激进。俄罗斯不同于美国，他们从未截断过与前现代医学的联系。在俄罗斯的时候，拉里萨就经常给患者们开草药、酊剂，让患者们洗桑拿浴。这些治疗方式在速度上难及合成药物，但是效果确实很好，而且产生的不良反应更少。可是她问，以医院目前的状况，加之司法部和医疗机构财政管理局的新要求，再想想埃伦·玛丽，我真的觉得一项这么……这么……反潮流的计划可以得到许可吗？

我回击道，梅洁医生应该可以帮上忙，我肯定她会同意我开设这么一间经济医学病房。

她问我，你没听说吗？梅洁医生已经辞职了。

*

拉里萨护士像往常一样消息灵通。在深池医院工作12年的梅洁医生要走了，原因无人知晓。然而梅洁医生和我们一样，对于深池医院里越来越多的中层管理人员和数量不断减少的临床医护人员深感遗憾。没有了梅洁医生的支持，我想我是不可能拿到启动经济医学病房的许可的。

这倒也无妨。现在，我该好好准备自己的博士论文了，然后充分地休整一段时间。从韦茨博士的奖学金里存下来的钱可以让我休假一年。我在想，为什么不去欧洲写博士论文呢？那里是前现代医学的诞生之地，且那里的前现代医学仍然生存于世。这样，我就能避开深池医院转型期的阵痛。在欧洲，我还可以巡访希尔德加德的修道院和村落。在那些历史悠久的图书馆中，我可以研究精美的手稿。以后的事谁又能知道呢？没准我不会再回到这家医院，甚至不会继续行医了。

接下来的几个月里，我都在安排请假的事宜，并最后一次去了梅洁医生的办公室。正巧她在收拾东西。她听到我未来的计划之后表示非常高兴，并且很乐意在我休假一年的申请表上签字。然后，我回到我们的

那间医生办公室，同罗梅罗医生、芬特医生和杰弗斯医生道别。我收拾好自己的白大褂和听诊器，不久后登上了去往瑞士的飞机。

---

1. 我第一次见到凯医生就被他的人格魅力感染了。这与他短促的英国口音无关，虽然我的确挺喜欢这一点，也和他裁剪得体的西服、哈佛大学的文凭无关，甚至与他肿瘤学——这可是医学各科中最严肃的一门——专家的身份也无关。我是被他的姓名牌感染的。他走进我们的那间医生办公室，坐下来开始用电脑，在伸出手的时候做了正式的自我介绍。
   他说："我是凯医生，医学博士，注册助理护士。"
   我握了握他的手："注册助理护士？"
   "没错，"他答道，然后身子前倾，给我看他的徽章，"大卫·凯，医学博士，注册助理护士。我刚刚受完助理护士的培训，我花了20年时间才搞明白我对护理的无知，搞清楚护理的重要性，尤其是在肿瘤学方面，还有这里。"
   "你的意思是？"
   "他们教你怎么给患者刷牙，这可不简单，尤其是如果碰到个有口疮或者酵母感染的艾滋患者或癌症患者。你会学到如何给病人翻身，如何不紧不慢地铺床，如何给患者喂食，如何给他们喂水。这些事没一件是简单的，要真正上手需要花很长时间。这件事要付出很大的努力，是一门技艺，一门艺术。医生们需要学一学这个。"
2. 在2007年，我采访了莱斯特小姐。我还采访了她手下的一些人，其中有一些人仍然在她那间已经空了十年的办公室里工作。她们是否想念她？当然了！她们还记得什么？"一切事情都井井有条。她自己就都做完了。早上给她一件事，下午三点半之前准能做完。她把这个地方调教得相当严格，但是只要谁有家庭问题，她的心肠就会软下来。（总感觉）她明天就会回来接手这里。"一阵沉默之后，接下来有人说，"如果她回来的话，有很多人在这儿就干不下去了。"（口头采访，2009年10月9日）
3. 事实上，这个词源有一些模糊不清。《牛津拉丁语字典》中，curare的意思包括了护理和治愈，但《牛津英语字典》中说英语的护理（care）一词来源于cur，而治愈（cure）才来自curare。另一方面，Carl Darling Buck可能不同意这一点，因为他根据Julius Pokorny的语源学著作认为中世纪英语中的"治愈"一词包括了照顾、护理和治愈的意思。
4. 这段历史可以参见Louis S. Greenbaum著，"Nurses and Docters in Conflict: Piety and Medicine in the Paris Hotel-Dieu on the Eve of the French Revolution"，收录于Clio Medical第13卷，第247—267页。"全套医学干预措施——包括收治、检查、诊断、提供食物、治疗和出院……史上第一次交到了医生之手，而主宫医院的护士们准备服从他们的指示（第247页）……1789年5月6日，所有的申诉都被驳回，女修院院长致函政府，称她手下的修女们将采取实际行动来阻止工人们进入圣保罗病区（第254页）。"
5. 医疗机构财政管理局（Health Care Financing Administration），该机构2001年更名为医疗保险和医疗补助中心（Centers for Medicare and Medicaid Services），隶属美国卫生及

公共服务部。

6. 这一过程概括来说就是：司法部在1997年2月进入医院来调查对被收容人员公民权法案（Civil Rights of Institutionalized Persons Act, CRIPA）的违反情况。他们的调查结果在1998年5月6日发布；第二份调查结果在2003年4月1日发布，2008年5月发布了一份和解信。而对于医疗机构财政管理局来说，它们同时进入医院进行调查，1998年6月8日发布了一份138页的文件。他们的这份文件中说，深池医院的改正计划是不可接受的。医院必须在1998年9月9日之前减少140名病人，并增加社会供餐服务，不然联邦医疗补助和联邦医疗保险将每天减少25万美元的拨款。

7. 参见David Tuller撰文“Director of Nursing Quits Laguna Honda / Abrupt Departure as Staff Dwindles”，载于1997年8月29日的《旧金山纪事报》上。同一篇文章还记载了斯坦恩医生的反驳。

8. 参见J. S. Kayer-Jones著“Open-Ward Accommodations in a Long-Term Care Facility: The Elderly’s Point of View”，收录于Gerontologist第26卷第1期（1986年刊）第63—69页。摘要中说，“对开放病房中居住者满意度所做的实地调查显示，88%的受访者相比于所有其他住宿模式，更青睐开放病房。”

9. 关于这封信，可以参见www.justice.gov/crt/about/spl/documents/laguna_honda_98_finding.pdf。我已经简要介绍了最重要的一些问题。这封信十分严厉，斯坦恩医生和市长恐怕很难觉得这封信没有攻击他们的意图。我们这些医生当然感觉受到了攻击，但是医务人员并不是攻击的目标——司法部知道，这家医院的医疗护理是十分杰出的。不过，我的确能认出这封信里提到的医院。病人们的确四处闲逛，嗜酒的病人们的确喝着酒，危险的吸烟患者有时的确在无人监督的时候抽烟，瘾君子们偶尔能够在外面成功地使用违禁药物。很遗憾，但我们从县医院收治的那些有暴力倾向的痴呆患者的确一直痴呆着，有的时候对我们也采取暴力，而患有痴呆症的囤积狂也还一直在收集各种东西。在护士长们被裁掉之后这些事情就更符合实际了，因为护士长们可以去留意四处乱逛的病人，可以发现病人身上的酒味，可以维持病房的安宁，还可以在有需要的时候搭把手。司法部提出了一长串补救措施，其中的绝大多数最终都得以实现，尽管这些措施从来没有治愈过患者。

10. 参见Matthew Fox著Illuminations of Hildegard of Bingen（Bear & Company，2002年版），里面收录了希尔德加德所绘许多意象的精美彩色复制图片。

11. 亨廷顿病（Huntington’s disease），因基因突变造成的神经系统逐渐退化，神经冲动弥散。主要表现为动作失调和抽搐等症状。

12. 谵妄通俗地解释就是说胡话。

13. 比如说，经济学家们总是建议用中级执业医师来替代医学博士，从而减少开销。然而这种算法其实行不通，至少在我们市是这样，因为这里的所谓中级执业医师的收入跟医生们一样多，而他们的病人数量只有后者的一半。

14. “细节决定成败”这句话对于衡量医院和医生的“效率”是十分适用的。比如说，在急症

医院里，经济学家通常用死亡率或再入院率来作为效率的衡量指标，这些与判断诊断和治疗是否成功毫无关系。在英国，国家医疗体系临床评价机构（National Institute for Health and Clinical Excellence，NICE）用质量调整寿命年（Quality-Adjusted Life Year，QALY）每增加一年对应的成本来衡量效率。在QALY中，1代表极其健康，0代表死亡。NICE认为，每增加1 QALY花费不足2万英镑就是划算的。“（QALY）这个概念发明出来用于综合考虑生活的数量与质量。QALY的基础理念是很简单的。它将极其健康的1年认为是1，而将不那么健康的1年认为是一个小于1的数。那么如果某种医疗干预使一位患者多活了4年，而非在1年内去世，然而同时其生活质量从1降低到0.6，这种干预的QALY结果就是——延长的寿命（4年）×生活质量（0.6）－未经医疗干预的预期寿命（1年）×因医疗干预而降低的生活质量（0.4）=2.0。”参见“QALY”一文，载于www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/both/glossary/QALY.html，我对计算方法的解释过程做了少许简化。

15. 我们在深池医院做了三项研究以验证患者入院时所服用的部分药物是否能够停用。我们发现，90%的情况下这些药物都可以停用。几年以后，一项与此类似的正式研究结果发表了，这项研究发现，50%的药物都可以停用而不引起任何不良后果，且对于患者的健康和福祉还有改善。参见Doron Garfinkel和“Derelie Mangin著，Feasibility Study of a Systematic Approach of Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults:Addressing Polypharmacy”，收录于Archive ofInternalMedicine第170卷第18期（2010年出版），第——16481645页。关于患者的伙食费的数字来自我在2009年11月23日对伙食部主管史蒂夫做的口头采访。他告诉我，除了食物本身的7美元以外，每天每位患者还会给他的部门带来18美元的收入，这部分钱是用于食物的准备和配送的。

16. Oikos，即希腊语的οἶκος，意为家、家庭或家族，与印欧语系中许多语言的“村庄”为同源词。经济学的前缀eco-就来源于此，事实上古希腊时出现的所谓“经济学”，主要内容就是如何经营家族产业致富。

第六章
膳食医生、静谧医生和愉悦医生

飞机降落在瑞士的时候，正值夜晚。

走出廊桥的刹那，我感到浓重的雾气和寒意。航站楼内部却是灯火通明，悬挂的广告上宣传着瑞士银行的专业服务及瑞士钟表的精良做工。每个人看起来都是那么的优雅。他们比美国人更加纤细，发型精致考究，手腕或脖颈上佩戴着金质首饰，脚穿皮鞋。我即将乘坐的火车就在航站楼下，坐在火车上，可以看见窗外深沉的湖水和湖对岸法国领土上闪烁的灯光。这里跟我刚刚离开的国度天差地别，好像我不只是到了一片拥有不同历史文化的大陆，而是降落在了另一颗星球上。

我来得正是时候。几天后，一场关于希尔德加德的重要会议就要在她德国的故乡——宾根（Bingen）召开。[注]因此，我以最快的速度住进了公寓。这次会议内容会涵盖希尔德加德的各个方面，诸如她的神秘主义、音乐和艺术，还有她的医学思想。距1098年希尔德加德诞生已经过了9个世纪，而9月17日正是她去世的日子。

对于中世纪的人来说，知道他们的生卒年月已经是很深入的了解了，因为12世纪时还没有相关的部门来记录人的生死、管理版权或者其他的事。但是希尔德加德在作品中用心地记录下了日期，并且努力将自己的著作保存下来留给后来者。她保存了数百封自己与教皇、大主教、各国国王及王后的来往信件的副本。她将每部著作都单独建立卷宗，这些宝贵的资料被保存至今。希尔德加德甚至写了一本类似于自传的著作。[注]所以，有关希尔德加德最不寻常的一件事就是我们对她了解至深，毕竟她既非王侯，也没有当上教皇。

她出生于贝尔梅尔斯海姆（Bermersheim），这是一个位于德国西南部山区的小村落。她家境殷实，家人都是虔诚的教徒。她姐妹中有两人也是修女，兄弟中有两位修士。希尔德加德8岁的时候，就被送往遥远的表亲尤塔家去接受教育。4年后，希尔德加德、尤塔及尤塔的其他三位学生都进入位于迪斯伯登堡（Disibodenberg）的修道院学习。这家修道院曾经是一家男修道院。此次被录取对希尔德加德来说意义非凡，因为她将有机会接触到修道士们那些更丰富、更复杂的文化。

尤塔去世后，希尔德加德接手了她的职位，成了迪斯伯登堡的首席修女。在42岁时，她开始写作第一本书《认识上帝之道》。她在这本书中描述并解释了自己自年少时就开始看到的意象（spiritual vision）。这一举动十分大胆。即便中世纪时教会是欧洲权力最大的机构，但它们仍然受到越来越强大的反对意见的威胁。当时的人们普遍不太接受那些宣称对上帝的旨意有自己独立解读的作者，而希尔德加德正是其中的一位。有时，这些作者会被判定为异端并被收监，甚至被处决。然而，希尔德加德说服了她所在修道院的院长、大主教，最后还说服了教皇，让他们相信她所看到的意象是来自上帝的启示，而并非来自魔鬼。于是他们允许甚至鼓励希尔德加德继续写作。

希尔德加德在50岁时决定离开迪斯伯登堡修道院，在宾根成立自己的修道院。这一举动也相当大胆。按理说，修士和修女应该在自己初始进入的修道院终生修行下去，所以迪斯伯登堡的修道院院长不许希尔德加德离开。结果她因为不明原因的严重病症卧床数个月，最后院长终于妥协，希尔德加德也奇迹般地康复了。就这样，她带领大多数修女前往宾根，这些跟随者都带着自己的资金和地产。到达宾根后，希尔德加德在鲁帕斯堡的山上修建了一座新修道院。

希尔德加德在那里度过了余生。在接下来的三十多年中，她又写作了两本关于意象的书籍，并将70多首格列高利教皇的赞美诗结集成册。1152年，她出于对修道院的热爱，写出了欧洲第一部音乐剧《德性

之律》（*Ordo Virtutum*）。她的修女们表演了这出音乐剧。演出时，她们身着希尔德加德专门为此设计的服装，而这些服装在当时却饱受非议。在古稀之年，希尔德加德开始在德国各个城镇中布道，一共出行四次。此外，她还写作了许多其他类别的书籍，比如圣徒的生平，阐释了她对本笃会教义的理解，还有介绍医术和草药学的书。希尔德加德还为那些想要跟从她的修女们修建了第二间修道院。

希尔德加德在世时，欧洲大陆正处在一个非常精彩的历史时期，即所谓的12世纪文艺复兴时期。在第一次十字军东征的时候，西方文明为阿拉伯文化着迷不已。他们开始引入、翻译和模仿阿拉伯的音乐、医学、天文学、文学和技术。实际上，希尔德加德经历了一场文化革命。或许，希尔德加德最大的成就就是在81岁高龄时在自己修建的修道院中于睡梦里安然离世，而她的文化遗产和著作被完整地保留了下来。

如上林林总总，这次的会议中都将涵盖。

除了参加会议，我还想去寻访希尔德加德出生的村庄和她曾经修行过的宾根和迪斯伯登堡的修道院的遗迹。所以，一安顿好，我就踏上了去往宾根的火车。于是，在会议开始前的那个周日下午，我开始了探访之旅。

很快我就发现，宾根已难觅12世纪的痕迹。这是一座莱茵河边被遗弃的小镇，镇中心旁边就有火车穿行而过。希尔德加德也许还能记得几栋建筑。比如克洛普城堡，站在这里可以远眺希尔德加德的修道院；比如圣马丁教堂，这里的修士们不太喜欢希尔德加德；又比如一座罗马风格的桥，希尔德加德曾经可能从上面走过。然而即使是这些建筑物也在岁月的长河中几经损毁又一再被修复。她的修道院在三十年战争[注]中被毁，不过据我了解，修道院的一部分残垣断壁被保留了下来，保存在一家房地产公司中。

虽说花了许多时间，我还是找到了那家公司。可惜由于那天是周

日，公司没有开门。我来到它的后面，在野草丛中趴下来，想试试能否看见内部的情况。幸好后方的百叶窗是拉上来的，所以我把脸贴在玻璃上往里看。光线昏暗，我只能看清楚光亮的水泥地面、内嵌式的卤素灯和光滑的现代桌椅。过了一会儿，我已经适应了内部暗淡的光线。突然间，阴影中一扇巨大的拱门诡异地跃入了我的眼帘。它由12世纪的巨大白色石块建筑而成，横跨了房间的两边。这就是希尔德加德所修建的修道院唯一存留的痕迹。这座曾经包含了教堂、回廊、宿舍、餐厅、缮写室、救济院和医务室的建筑，如今只剩下了一座拱门。当时的精巧和如今的凋零，相形之下让人唏嘘不已。

*

会议在宾根后方山上的希尔德加德故居[注]召开。这里并不华丽，只有几座建筑，供与会者坐的也只有折叠椅。周围种满了希尔德加德曾经开给患者使用的草药：鼠尾草、薰衣草、罂粟花、迷迭香、琉璃苣等，那里还有一间小型的纪念品店，售卖希尔德加德的塑像、日历和书籍。

会议议程安排在早上和下午，中间是午餐时间，与会人员可以借此机会互相认识，交流经验。但是，会议组织者的这一目标显然落空了。与会人员的差异太大了。我逐渐意识到，造成这种明显分隔的原因是希尔德加德的拥趸分为两类，他们之间的意见并不一致。其中一方是研究希尔德加德的学者们，他们做出严肃、精准而苍白无力的演讲；另一方是那些希尔德加德的狂热追随者，他们穿着勃肯鞋、佩戴着护身符却自信满满地听演讲。当学者们沉浸在希尔德加德的生平细节中时，狂热的追随者们却被巨幅的画作吸引。他们好奇的是这位中世纪女性谱出的宏伟乐章、画出的惊艳画作、看到的奇异意象，以及给现代西方贡献出的医学新方法。在他们眼中，希尔德加德的医学并非前现代医学的范例之一，而是一种新奇而绝妙的医学。那些身材消瘦、眼中闪烁着光芒的狂热分子在午餐时聚集在圆桌前，交换着彼此的药方和名片，介绍他们各自的希尔德加德温泉和疗养地。

希尔德加德的拥趸中出现这样的分歧并不奇怪，因为希尔德加德本来就有两个方面：从神学、信件和自传中走出的她和以医药著称的她。两派追随者互不融合，是因为希尔德加德的两面之间是不可互相妥协的。作为前者，希尔德加德是一位几乎从不离开修道院的修女，羞涩而虔诚。她严守本笃会的生活守则，除工作与休息之外，便是祷告。

而医学世界的希尔德加德却是完全不同的。她对人体了如指掌，可以对身体可能出现的一切疾病做出诊断，比如头痛、牙痛和耳朵痛，以及咳嗽、感冒还有癌症。甚至连修女不应知道的不孕症、分娩和阳痿，她都有所了解。希尔德加德说话的风格甚至都不相同：修女希尔德加德在表达上明快、抽象、高深，仿佛超尘脱俗；而医生希尔德加德务实、直接、接地气。

这两种风格着实难以融合。许多学者不去理会她在医学上的成就，只专心研究她的神学、信件、音乐和艺术作品。还有学者直接质疑那些署名为希尔德加德的医学著述是否真的是她所作，因为我们所熟知的两本希尔德加德的医书《病因和诊疗》和《自然史》（*Physica*）都是在她过世后才问世的。而希尔德加德的狂热追随者完全不受这些事情的影响。对他们来说，希尔德加德的医学是真实的、独特的，是上帝对我等现代人的恩赐，是精神医学的启示。他们看重的是其表面价值，于是种植希尔德加德提及的草药、调制她记录的方剂，并服用她推荐的饮剂。

我发现自己处在某种中立的位置。我很难想象圣徒般的修女希尔德加德是如何在《病因和诊疗》中详述各种病症和朴实的身体问题的。但是，作为修女的她在医学中的造诣就摆在我们的眼前，不容置疑。而另一边的证据与这一边几乎一样多。她的一生，既以治疗者又以神秘主义者成名；写作《病因和治疗》以及《自然史》时与探讨神秘主义时的拉丁语行文风格是一致的；在她的神学著述中，医学也是经常出现的隐喻之一。

最终让我确立中立位置的是她创造的即莫名其妙又明明白白的那本

《秘名语》（*Lingua Ignota/Unknown Language*）。这本书再次让我意识到，无法界定希尔德加德究竟是一位圣洁的神秘主义者还是一位从业医师是我们的问题，不是希尔德加德自己的。

*

会议结束后，我回到了瑞士的洛桑市，住在可以俯瞰湖水的公寓里。我的书房洁白而宁静。特别是当洛桑下雪的时候，那里更为静谧。书房里只有一张白色的高脚写字台，一把蓝色的椅子，一摞摞书籍和资料，还有一台电脑。

这里的生活波澜不惊，与收治病房截然相反。以前，在进入病房前我根本不知道会发生什么，可能是遇到逃进树林的患者，也可能是看到企图自杀的患者。而现在，我可以完全掌控自己每天的生活，每日的安排也是一成不变的：上午写作，下午做研究，晚上散步。有时，我会去某家瑞士图书馆做实地考察，亲自查阅一些特殊的中世纪手稿。

这里跟美国的不同还体现在其他一些方面。每当圣诞节的时候，洛桑的街道上满是冬青和蜡烛的装饰。市场里，每周都有不同的节日食品出售：基督降临节的时候有巴塞尔巧克力饼干，圣诞节的时候有胡椒蜂蜜饼。如果在基督降临节的时候我没能买到巴塞尔饼干，那么下一周就再没有巴塞尔饼干出售了。这样的习俗也非常具有中世纪的风格。

随着在这里生活的继续，我意识到尽管瑞士是一个具有现代气息的国家，但是却不像美国一样完全摒弃了前现代的传统。相反，他们很好地保留了传统中他们所钟爱的部分，并且不断地将每个时代最好的东西都加入自己的文化中。就这样，当火车问世的时候，他们勇敢地接纳，把铁轨铺设到国家的所有地方，他们在山中挖掘隧道，把铁路修过了高山之巅。但同时，他们也保留了山路和鹅卵石街道供人步行使用。当汽车被发明时，他们也敞开怀抱接纳。之后，尽管瑞士修建了公路，设立了公交系统，但铁路也并未被放弃，只是在鹅卵石道或人行步道上修建

公路。他们喜欢电灯，因此他们不仅安装了电灯，还在原有的基础上加以改进。但是，黑暗亦为他们所爱。在广袤的湖区和城镇中，他们避免使用大量的照明，因此闪耀的群星仍然肉眼可见，夜空仍然是熟悉的模样。特别是洛桑，那里的人喜爱中世纪传下来的守夜人习俗，现在还有一位守夜人在任。所以，每当整点我就能听到守夜人的喊话，告诉大家一切安好。

瑞士好像刷油漆一般，把现代与中世纪结合在了一起。又或者，它进行的是一种进化的过程，可用者一直留存至今，不可用者就萎缩或者消失了。瑞士人的这种态度甚至在医学领域也不例外。现代医学的新方法和药物与他们的传统源头紧密联系，几乎毫无间隔。

因此，我发现在瑞士的医院里，医生可以给患者们开出按摩和白兰地酒作为治疗睡眠障碍的药方。而且，草药浴的疗法至今也仍被使用。当内科医生们发现顺势疗法[注]有效果或者令他们信服时，他们并不会辞掉医院里的职务，而是将中世纪和现代的操作方式结合起来。在药房里，我同样发现现代片剂的旁边就陈列着中世纪的饮剂。“冷天易感冒”和“两鬓抹醋，缓解头痛”等一些早已被美国摒弃的古老医学谚语，在瑞士的医院中仍然被笃信和传承。前现代医学，特别是希尔德加德的医学对人体的作用对于我来说是新发现，而在瑞士的医院里是司空见惯的。

*

我潜心学习的第一步，是重新阅读一次希尔德加德的《秘名语》。在会议上我曾听到一场关于这本书的谈话，我的好奇心再次被点燃。我想弄清楚它究竟讲了些什么，可以向我展示希尔德加德的哪些东西。

希尔德加德作品颇多，有意象和阐释、格列高利教皇赞美诗和文学信件。其中，最神秘的就要数《秘名语》[注]了。毫无疑问，这本书出自希尔德加德，因为这本书是她在生前整理过的一份手稿的一部分。然而

没有人知道这本书是什么，因为《秘名语》只有五页写满了单词的纸，而这些单词来自一种人类从未听说过的语言。希尔德加德在每个词汇上方都给出了相应的拉丁语或德语解释。希尔德加德从未解释过她创造这些词汇的意图。她的一位朋友说，这是“上帝赐予你的未知语言”。因此，它们也就得名《秘名语》。

有些学者认为，《秘名语》中的词汇没有含义，只是希尔德加德在一种恍惚状态下的呓语。就像先知皮提亚或者其他基督教的先知有时会说方言一样。然而，大多数的学者认为这本书是词汇表，代表了希尔德加德发明的一种她和修女们在修道院所使用的秘密语言。至于这样做的原因则无人知晓。当我第一次看到这些词汇的时候，我怀疑它们实际上是伪装成词汇表的密码。中世纪人十分痴迷于密码，且一份密文可以让她写下不敢以其他方式诉诸文字的东西。我曾经将这些密码交给一位研究密码的计算机专家，他把《秘名语》给他的学生们进行解码。当我在瑞士的时候，正好收到了他研究报告的结论：希尔德加德的《秘名语》绝非密码。

因此，现在我要在把它看作词汇表的前提下重新研究《秘名语》。

我的研究从计数开始。《秘名语》中一共包含了1011个词语。我注意到，它们全部是名词。也就是说，如果这些词汇被用为一种语言，那么这种语言的语法一定应该遵循一种现有语言的语法。德语或者拉丁语的可能性最大。那么希尔德加德选取了哪些德语或者拉丁语的名词进行创造呢？它们的顺序又如何呢？

《秘名语》中的第一个词语是“aigonz”，根据词语上面的翻译，它的意思是“上帝”。接下来的词语是分别是“aieganz”（天使）、“zivienz”（圣徒）、“livionz”（救世主）和“divveliz”（魔鬼）。所以，可以肯定的是，在这种未知的语言中，希尔德加德依然把关于宗教的事物置于一切之首。

在这之后，是代表“男人”、“女人”和“小孩”的词语，还有代表家庭成员的词语，比如“父亲”、“母亲”、“兄弟”、“姐妹”、“儿子”、“女儿”以及“继父”和“继母”。

我惊喜地发现，词汇表的第三部分出现了医学词语。有代表“盲”、“跛足”、“麻风病”和“心脏病”的词语，还有代表从头到脚各个身体部位的词语。令我大吃一惊的是，这些词不止于“肺”“心”“肝”等器官，还有代表“阴道”（fragilanz）、“睾丸”（virlaiz）和“阴茎”的词汇。事实上，她用了两个词来表述阴茎，一个是“creveniz”，另一个是“lizia”。这对于一位庄重而避世的修女来说是多么不容易。我突然间发现，阅读《秘名语》中的单词表就像阅读一个神秘的故事，谁也不知道接下来会看到什么词语。

接下来出现的词语有“主教”、“牧师”、“修道院院长”和“女修道院长”，这些都是教会中的重要职位。然后是建筑方面的词汇（毕竟希尔德加德主持修建了一座修道院），还有表示工人和工匠的词语，比如“园丁”、“渔夫”、“织工”、“金匠”和“银匠”。还有缮写室的各种器具，如“笔”、“羊皮纸”、“墨水”和“颜料”。希尔德加德的手稿或许就是在缮写室里被抄录的。此外，还有表示一周7天、一年12月和一日24小时的词语。

想来真是神奇，希尔德加德的《秘名语》用特有的词汇和顺序向人们展示了她眼中的世界。

这本书同样解决了希尔德加德行医方面的难题。书中的词汇不止告诉我们她对体液、人体器官及一些疾病的称呼，甚至还有希尔德加德在医书中推荐的几百种药用植物的对应名称。实际上，这一部分占据了《秘名语》的最大一部分。譬如，我看到了“薰衣草”（liniz）、“西洋蓍草”（agonzia）、“苦艾”（karischa）、“大麻”（aseruz）和“罂粟”（cuz）。希尔德加德在词汇表中列举这么多药用植物名称唯一说得通的理由就是她在实际生活中用到了它们。

我的结论是，《秘名语》就是一本密码，只不过不是作为书写用的密码，它是通往希尔德加德世界的密语。在那个世界中，神秘的希尔德加德需要阐述上帝、天使、笔和羊皮卷；作为医生的希尔德加德需要讲解体液、人体部位和药物。这两者毫不矛盾。《秘名语》让我相信，写下《认识上帝之道》和《病因与治疗》是同一个希尔德加德。她知道宇宙的浩瀚景象而表现出沉默无声的谦卑，也知道如何制作饮剂和触碰患者的身体。

*

接下来我问自己，如果希尔德加德确曾行医，那么她究竟是如何学会医术的呢？可能的答案只有一个，那就是她曾担任迪斯伯登堡修道院中女子救济院的护理修女。

直至今天，每一间本笃会的修道院里分别有一位护理修女和护理修士，他们的特殊职责是负责照顾修道院里的患者。他们可能接触到的患者种类之多，是我当初始料未及的。因为修道院不仅是一个崇敬上帝的地方，还是一个有许多雇工的劳作之所。于是，护理修士和修女就要负责这里所有人员的医疗和护理工作。当有工人受伤时，他们既要治疗伤者，也要照料他们的家人；当有朝圣者或者旅行者途经这里时，他们也要负责照顾；当修士或修女生病及年老时，他们同样要肩负起医治的职责。有些情况下，担任护理修士的可能是决定后半生在修行中度过的医生，但多数情况下是本修道院的修士或者修女，他们从前任的看护者那里以学徒的身份学到治疗的技艺。

希尔德加德一定是通过这种方式学习医术的。由于迪斯伯登堡修道院既有修士也有修女，他们需要一位护理修女，所以希尔德加德拥有绝佳的实践机会。她有可能从护理修士那里学到了医术。很可能是在希尔德加德搬到宾根并成为女修道院院长之后，她写作了《病因和治疗》，并把它作为医学教科书留给了接替她护理职位的修女。

*

所以，我再次拿起了《病因和治疗》，这次阅读这本书时，我把自己当作12世纪跟从希尔德加德学习的护理修女。我决定在这一过程中只用到希尔德加德书中提到的信息，再加上那个时候修女可能接触到的一切。我不会援引任何12世纪之前的医学著作，除非12世纪的学徒有机会看到它，更不会使用12世纪以后的任何作品。我就如学生一样，尽量实践所学到的知识。比如，种植一些希尔德加德推荐的药用植物，或者按照希尔德加德的方子准备一些药物。我熬制了她用于治疗咳嗽的鼠尾草锭剂，烤制了具有抗抑郁疗效的饼干，还酿造了一些她推荐的医用啤酒。我觉得这些东西都很不错，至少把它们看作是糖、饼干和啤酒是很好的，我毕竟没有抑郁症。

慢慢地，我开始理解希尔德加德的医疗方法（methodus medendi,way of medicine）。注这里并非仅仅指她实践出来的方法，还包括她对疾病的描述、对药物如何发挥作用的解释和对诊疗的讲解。有了这些了解，我逐渐在脑海中拼出了希尔德加德应对患者的完整流程。我们的方法非常不同，但却惊人地相似。

和我一样，她治疗的第一步且最重要的一步就是观察患者。从患者走进来、坐下，讲述病史开始，她就开始观察。她会注意患者看起来是贫穷还是富有，穿着整洁还是邋遢。她还会看患者的脸色、精神状态，以及眼中是否有神采。由此，她就可以评估患者生命力的强度。

接下来，我们都会检查患者的生命体征：体温、呼吸频率和脉搏。我们的不同在于，希尔德加德并不会用体温计，因为那时距离人们发明体温计还有7个世纪之久。她的方法是感知患者的额头和手脚的温度。时至今日，医院里已经不再使用水银体温计，而是选择更易操作却不那么可靠的电子体温计。即便如此，我还是会使用希尔德加德的方法，实际地感知患者的体温。

测量体温之后，希尔德加德会关注患者的呼吸情况。她并不像我们一样测量患者每分钟的呼吸次数，而是关心数字之外的其他信息。在她看来，呼吸是精气神，是生命的本质。希尔德加德做的仅仅是看着患者呼吸的过程。她会判断患者的呼吸是强还是弱，是快还是慢，或者——这是最重要的一个问题——是连续还是有较长的间断。她可以从呼吸得知病情的严重程度。

最后一项生命体征检查是测量脉搏。但她测量脉搏的方式同样与我不同，她并不是测量15秒的脉搏数然后乘以4。因为那样需要借助钟表来计时，和温度计一样，钟表也是在7个世纪之后才出现的。她测量脉搏的方式是感知脉象的“情感”，看它们是热情、勉强、有力还是受到了拘束。希尔德加德凭借脉搏的情况衡量患者的生命力。脉搏无关心脏、血压和循环系统，而是体现了患者的疾病或健康。静静地坐着，握住患者的手腕，她首先能知道患者的脾气，因为不同的脾气可以从不同的脉象特点上反映出来。她的患者可能是忧郁的、乐观的、易怒的，也可能是冷漠的。多数情况下，患者的脾气是其中几种的组合。正如DNA是由四种基础的核酸组成的一样，人们的脾气也是这四种特质的微妙组合，这些奇妙的特点都能从脉搏的跳动中反映出来。之后，希尔德加德就能确认患者的脉象是否正常。所谓正常，对特定的患者来说就意味着健康。

希尔德加德剩下的查体比我在这个阶段所进行更加专注也更加简单。她会仔细地观察患者身上有疾病的部位。那时，她没有手电筒、压舌板和听诊器可以借助，所以只能依靠自己的眼和手。她理解的人体和我理解的不同，在我们眼中，人体是由血管和神经连接的各种器官组织组成的，而在她眼中，人体是各种体液顺畅流通且达到平衡的处所。

最后，希尔德加德会检查患者的血液和尿液。通常，我会把这些体液标本送到实验室做检测，而她的检查方式不同。但我们的有些操作方式实际上是对希尔德加德方法的优化。抽取血液，拿到尿液标本后，她

会将标本静置，让它们分层成四种最基本的体液：血液、胆汁、黏液和黑胆汁。然后她可以“读取”四种体液的信息，估计它们的平衡程度，从而确认她的诊断。

以上过程全部完成后，希尔德加德就可以开出药方了。通常，药方分为两部分，第一部分是针对患者各自体质的整体养生法（regime），第二部分是一些草药的合剂。

“养生法”来源于“规则”（regula，rules）一词，意味着一系列生活的法则。比如，你的饮食习惯、睡眠时间、运动量及性生活的频率。养生法并非只对病人重要，如果我们能遵循适合身体情况的养生法，就有很大概率能保持健康。每个人的养生法都是不同的，它取决于不同人体内四种体液的比例、季节、年龄和所生活的气候带。这些规则总结起来可以用一句谚语表述：“即便没有真正的医生，你也总可以找到三个特别的医生，那就是膳食、静谧和愉悦。”[注]

所以，希尔德加德的养生法中会包括患者应该经常食用和避免食用的东西（这就是膳食医生）；适合患者的运动量、睡眠时间、休息（静谧医生）和性生活的频率，以及应该保持的情绪（愉悦医生）。反观现代的养生法则，剩下的只有反复劝告我们应该减肥、降低胆固醇、每天保证8小时睡眠和心情舒畅。希尔德加德和前现代医学在这方面做得就更加细致。没有什么东西是绝对有益或者绝对有害的，而是要考虑是否符合季节、气候和个体体质。所以，她会给厌食症患者开啤酒，却禁止脾气暴躁的人喝红酒。春天到来时，多食用时令的绿色蔬菜；冬季的时候，炖菜才是适宜的。对于患相思病的人，应该尽量分散他们的注意力；而注意力不集中的人或焦虑患者，则应该帮助他们训练专注。

希尔德加德药方的第二部分就是草药了。她会用到《秘名语》中所提到的那些草药，并把它们混合在一起。她会在药方里说明草药应该如何调和，以及如何服用——吞服、饮用抑或是外敷。她还会告诉患者一

天几次，连续使用几天。

我在脑海中形成了希尔德加德整体的治疗方法后，最令我着迷的是这些方法和我所使用方法的异同。最大的差异在于她不依赖于数字，这一点是十分主观的。而我几乎做的所有事情：不论是测量血压、脉搏、体温，还是肝脏的宽度和腿围，或者各种血检和尿检，都涉及数据。这些数据让我的检查变得客观，在某种程度上还可以被其他医生重复。尽管看上去存在如此差异，我们的治疗方法还是有许多相似之处的。我们的患者都带着各自的症状，比如疼痛、咳嗽和皮疹来到我们面前寻求帮助，我和希尔德加德都会询问病情，为他们做检查，检测他们的血液和尿液，之后开出处方。

那么希尔德加德的方法奏效吗？

有些处方的效果还是很好的。不同于现代的化学制剂，她的药物的浓度没有那么高。所以，草药的起效时间比较长，且药效也没那么确定。但是，许多现代行之有效的药物就起源于她和其他前现代医学家在处方中所使用的植物。护理修士的花园中经常会种植鸦片罂粟，鸦片含有吗啡、海洛因及可待因[注]，是抑制疼痛、治疗咳嗽和痢疾的有效药物，希尔德加德在处方中就用过它。从麦角菌中提取的麦角碱可以止血和促进分娩，希尔德加德也常常在接生过程中运用它。对于一些癌症的治疗，我们也还在使用长春花和槲寄生的提取物。毫无疑问，希尔德加德让患者服用的甲状腺、熊的睾丸和肝脏中也饱含有药物活性的激素和大量维生素。

我认为，希尔德加德的方法中对我们还有许多可取之处。我们在对于可重复性最强的检测和效果最强的药物的追求中遗失了这些可贵之处，那就是她的耐心、观察的技巧，以及她对于患者和周围环境之间关系的见解——膳食医生、静谧医生和愉悦医生。

不过，当我第三次合上《病因和治疗》时，我对现代医学的感激之

情更盛。这尤其是因为它用科学的方法检验过去，剔除无效的做法，改进有效的部分，并将有益的效果传于未来。总而言之，希尔德加德要是看到我们所使用的技术，该有多么嫉妒啊！她会惊讶于我们的血液检测、内窥镜，以及其他我们可以用来救死扶伤的科技。

*

洛桑的雪开始融化了，白昼开始变长。一天外出散步的时候，我经过一位女士身旁，发现她的甲状腺有明显的肿大。我看得十分清楚，肿胀的地方在喉部。突然，我很想拦住她并给她做个检查。由于这里毕竟是瑞士，所以我没有拦住这位女士。但是，我开始想念医学，想要治疗患者。而距离我的假期结束，还有几个月的时间。

所以当晚我便联系了日内瓦大学附属医院社区医学部的主任霍夫医生。我向他做了自我介绍，告诉他我来瑞士的原因和我目前的需求。我们聊了很久。霍夫医生告诉我，由于提前通知的时间太短，他没办法安排我到医院行医，但是他倒是可以为我安排轮岗，让我了解瑞士医疗系统的运行方式。他问我，下周要不要在他位于日内瓦的医院见面，我们可以共进午餐，同时给我安排出一张时刻表，让我可以在他工作的各个科室都待上一两天。

于是，我在下一周踏上了开往日内瓦的火车。火车是瑞士人从19世纪保存至今的事物之一。我很喜欢瑞士的火车。作为美国人，我好像理所应当地更喜欢汽车，但到了瑞士我才发现，之前对汽车的喜爱都是因为没有其他选择。然而瑞士有这种选择，这里有火车这种更安静、清洁和安全的出行方式，它们准时将我送到目的地。火车在市中心停下，十分钟后我就已经在通往日内瓦大学附属医院的山路上了。离学校越近，周围的标志越多。既有禁止鸣笛的图标，又有“医院区域，保持安静”的标语。

走路的时候，我才意识到自己有多久没见过这类标记了。还记得初

到深池医院的时候，周围都是这样的标志，可是后来，它们都消失了。究竟发生了什么？它们又是什么时候消失的呢？我明白了，这些标志的作用不仅是提醒我们不要鸣笛，还告诉我们，患者需要安静的的休养环境。在前往日内瓦大学附属医院的路上，我怀念着深池医院消失的那些标志，意识到跟标志一起消失的还有宁静。这是深池医院最缺乏的。汽车的鸣笛仅仅是很小的一部分喧嚣，深池医院的环境中充斥着电视和广播节目、呼叫器和手机声、头顶上的广播喇叭、传真机收到电文的声音，与静脉注射、血氧监测仪，以及心电图监测仪的声音混合成日常的乐章。每一种新的仪器都有自己独有的信号音和报警声。深池医院唯一安静的地方就是沿走廊设置的壁橱间。大家都知道，宁静和不被打扰的休养环境——也就是静谧医生——具有很好的治疗功能，瑞士人很显然没有忘记它。

从外观上看，日内瓦大学附属医院和美国的任何一家医院都大致相同，它们都是规模宏大的多层式办公楼，但是前者的内部却另有乾坤。日内瓦大学附属医院的内部并不拥挤，地板被擦得很亮，自然采光良好。这里的患者与美国医院里的差别也很大。男患者穿着宽松长裤、衬衫配领带，女患者身着套裙、丝袜，脚蹬高跟鞋，他们都在医院大厅内安静地候诊。

霍夫医生在电梯处等我，我们一同乘电梯到了他的办公室。他在那里向我解释了社区医学部是如何运作的。他说，社区医学部负责瑞士的公共和社会项目，诸如移民医疗项目，戒除酒瘾和毒瘾的项目，流行病学和公共医疗分支及热带医学部分。社区医学部还设有急症治疗部和急诊室。介绍完后，霍夫医生递给我一份他制订的日程表，安排我在接下来的几周内分别参观见习这些部门的工作。最后一天，我可以跟随他的一组医生一起去访问法国的一家康复医院。而现在嘛，不如去吃点东西。

霍夫医生带着我下楼，来到医院的餐厅就餐。这间餐厅装饰现代，

空间宽阔，照明良好，但真正让我感到惊奇的还是这里的食物。这里有新鲜的沙拉和汤，头戴高高白色厨师帽的主厨正在将羊排切片，并准备煎蛋卷。更让我吃惊的是，在食物中还有小瓶的瑞士酒和三种不同种类的啤酒。

“这是医生专用的餐厅吗？”我问霍夫医生。

他告诉我，医护人员、工作人员、患者和来访者都可以在这里进餐，送到患者房间的食物也是这间餐厅准备的。而且在这里，患者们可以适当饮酒。事实上，医生有时候会将酒类写在药方里：进餐时佐以红酒；厌食症患者饮用啤酒；有时晚上还要喝杜松子酒助眠。

霍夫医生点了一小份牛排、一份沙拉和一小瓶红酒，我也要了同样的食物。就餐的时候，我不禁想到了膳食医生。

据我所知，膳食医生在深池医院曾经也大行其道。有一段时间，为患者提供营养美味的食物和饮品曾经是深池医院在提供给患者的东西里最被看重的部分。我看过20世纪的患者菜单，里面写有“每日一品脱[注]红酒”或者“四盎司[注]威士忌”的字样。早餐和晚餐都提供炖牛肉，节日的时候供应的是配有梅子酱的新鲜野味。杰弗斯医生告诉我，就算到了他刚来深池医院的时候，住在周围的人们还会提前预约来医院的餐厅吃午饭或晚餐。

然而盛景不再。并不是医院不再考虑膳食医生的作用，相反，深池医院的营养师人数和医生一样多，每位营养师都确保自己负责的患者每日摄入适量的维生素、矿物质和水分，还有医生们开出的一切特殊菜单。然而由于有了各位营养师的食谱和医生的特殊菜单，医院餐厅的厨子就没剩下多少发挥空间了。

享受完牛排和红酒，我想，如果今后开设经济医学病房的话，我一定要省下不必要的药物开支，把这些节约下来的钱用到伙食费上。

一定要增加很多伙食费。

为了让愉悦医生还有膳食医生起作用。

*

我在这里待了两周，发现瑞士的公共医疗部门所负责的问题跟我们在美国所做的差不多。尽管有些不同，但是我们在做事方式上也有许多相似之处。

我在医学组的那天，正遇上某位医生打电话请病假，于是我正好有机会跟医学院的学生一起观察患者。那天傍晚，医学组的主管门德斯医生带我参观病房。首先，我们去了急症医疗部门。当患者需要做快速而全面的病情评估时，他们就会住在这里。相比门诊患者，他们不用花上数周时间，看不同的专科医生做不同的检查。在这里，患者通常在几天时间内就可以做完所有检查，并得到最后的诊断结果和治疗方案。门德斯医生说，这么操作通常更高效且有时也更安全。

我告诉门德斯医生，在深池医院施行注重成本效益的医疗改革之前，我们也可以为患者提供这样的服务，改革之后，我们不再有条件仅仅因为做检查而让患者住院。因此，我们有时候要花费数月的时间，来摸清一位患者的病情。我很好奇，瑞士的医院是如何一直保留这种做法的。

门德斯医生解释说，因为瑞士没有所谓的医疗管理机构，至少现在还没有。医疗在瑞士是一种私人行为。[注]医生有自己的私人办公室，患者们有自己的私人医生。由于政府的某些政策，医疗费用是可控的。首先，每一位瑞士公民都必须购买基础医疗保险。政府要求保险公司以不营利的价格提供这种保险服务。对于某一收入水平以下的公民，政府还会为这些保险金提供补助。尽管如此，保险公司还是可以盈利的，因为他们可以另外以盈利为目的出售补充性医疗保险。

此外，由于再完善的政策也有照顾不到的人们，于是政府另外为公立医院提供补助金。诸如日内瓦大学附属医院之类的公立医院常会开展一些医学研究，以及医生和护士的训练项目。由于误诊在瑞士并不构成一个很严重的问题，所以总体的医疗成本也就是可控的。门德斯医生也不清楚，为什么瑞士的医生从来没有被起诉过。他打趣说，或许是因为瑞士的律师太少了。

当然，医疗开销依然代价不菲，它构成了国内生产总值的12.5%。但这一比例仍小于美国的医疗开销，而且几乎每一位瑞士民众都为此感到满意。诚然，这里的医生们的收入也没有那么高，但由于医学教育是免费的，所以医生们没有背上数额巨大的贷款，也没有必要赚那么多钱。

“急诊室的情况如何呢？”我问，“既然您的部门也管理急诊室，我能否去参观一下？”

“当然没问题。”门德斯医生说。

他带我下楼，来到一处大厅。这是一间很大的房间，门开着，里面的灯是关着的。房间里有7张床，每张床都空着，上面放着蓬松的枕头和床罩。但房间里空无一人。

“这里就是急诊室了。”门德斯医生说。

我想，我一定是没说清楚。于是，我再次确认了一遍：“这里是‘急诊室’？接诊病情紧急的患者的？但是床位都空着，患者们都去哪儿了？”

门德斯医生耸了耸肩，说道：“这里通常都空着。创伤患者被送去了外科；产妇被送去了产科。这里一般不会有太紧急的病例，因为人们一发现身体不适，就会去找私人医生了。”

我们在急诊室门口站了一会，看着这间一点都不紧急的房间。何种医疗体系下才会没有急诊病例？又是在什么样的医疗体系中，急诊病房的病床上才能常年摞起枕头，被单保持上浆的状态，而且罩着床罩？

*

我在酗酒与滥用毒品康复部门待了两天，在流行病学和外来移民医疗病房见习了一天，并跟随热带病医学专家埃姆学习了一个下午。

埃姆医生身材矮胖，充满活力，带着圆框眼镜。一整个下午，我都坐在她的办公室里，看着从非洲和中东来的患者进进出出。他们说着各种各样的语言，所患的疾病也都是我不熟悉的。其中我印象最深的是来自西非国家喀麦隆的Q女士。

Q女士身材瘦高，肤色深棕，头发在脸庞周围编成小辫。她的身材纤瘦，尽管面部有痘痕，但依然很美丽。由于多年生活在瑞士，她的举止仪态也变得瑞士气息十足。Q女士身着深灰色衬衫和紧身针织衫，鼻梁上架着一副时尚的黑框眼镜。Q女士用一口带着非洲口音的法语告诉埃姆医生，她如何完成了秘书课程，现在打算回到祖国喀麦隆，然后想知道是否有新的方法可以治疗自己的疾病。

埃姆医生问道："您有什么症状呢？"

据Q女士说，每隔几个月，她就会发高烧，并伴有肌肉疼痛和皮肤瘙痒。这些症状出现一两天之后，她的视野开始变得模糊，有的时候她还会看到蠕虫形状的东西出现在自己的视线里。接着，症状减轻，直至下一次病发。

在我看来，这一系列症状着实奇怪，但我好像又依稀记得在医学院的时候曾学过相关的疾病。

"Q女士所患的是什么疾病？"埃姆医生问我。

我并不知道答案，但是Q女士对自己的病情十分清楚，因为她同村的所有人都患有这种疾病。她患的是罗阿丝虫病（loiasis）。

埃姆医生提醒我，罗阿丝虫病是由罗阿丝虫（loa loa）导致的。罗阿丝虫是一种寄生虫，通过非洲热带雨林中的虻虫（tabanid fly）传播。这种虫的生活史很复杂，整个过程几乎都依赖人类作为宿主。当人类被吻部有罗阿丝虫幼虫（这种东西需要用显微镜才能看到）的牛虻叮咬的时候，就会被前者感染。由于牛虻以血液为生，所以幼虫会进入人体的皮肤和皮下组织，并在那里生长成成虫。在人类的皮下组织中，成虫会交配并繁殖，接着就会开始其生活史的下一个阶段：它们变成数以千计的微丝蚴（microfi laria），并进入人类的血液。当人类再次被牛虻叮咬时，微丝蚴就会经由血液被牛虻带出体外，接着在牛虻的肠道里长成有传染力的罗阿丝虫幼虫。这就是这种疾病的传播方式。

埃姆医生继续介绍说，人体其实是对成虫过敏的。于是，当罗阿丝虫成虫在人体内移动时，我们就会产生Q女士所形容的高烧、关节疼痛和瘙痒的反应。有时，成虫会移动到患者眼部，所以Q女士偶尔会产生的视觉模糊和看到虫影的症状。尽管并不致命，但罗阿丝虫病引起了患者的很多不适，并在喀麦隆和其他非洲国家导致了数以百万计的生产力损失。然而，根除罗阿丝虫病的唯一确信有效的办法只有消灭牛虻，这就意味着要将热带雨林砍伐干净。注

跟我介绍完，埃姆医生又告诉Q女士说，现在有一种治疗罗阿丝虫病的新药，叫作乙胺嗪（diethylcarbamazine）。但这种药并不完善，它会导致严重感染罗阿丝虫的患者发生脑卒中和肾脏损伤。因此，在使用这种药物的治疗过程中，也需要严密地监控患者的身体状况。此外由于它无法根除体内的所有成虫，所以在治疗结束后依然有可能复发，那么每个在喀麦隆生活的人都很可能再次被感染。既然Q女士即将回国，她的治疗过程不可能有医生全程监管，而且有可能再次在那里被牛虻叮咬，于是埃姆医生并不推荐她做这种治疗。

在Q女士听埃姆医生讲解的过程中，我一直在观察她，她表现得安静而镇定。她得知有一种方案能治疗这种痛苦且使人衰弱的疾病，但是如果自己要回国就不能接受治疗的时候，并没有哭，也没有愤怒。她只是稍稍舒展了一下自己瘦削却优雅的肩膀。这意味着，她依然会回到自己的祖国，跟家人相聚，在她的村庄里继续全力以赴跟命运抗争。

我尊敬她的态度，如果换作是我，我不知道自己能不能如此镇静和优雅。我想大概做不到。在Q女士的镇静背后，积淀着一整套传统。这种传统历史悠久、根深蒂固、稳重成熟。这一点跟美国人的不同，我们的国家年轻，有着对命运的反叛和抗争精神。正是这种叛逆性推动我们解开了罗阿丝虫的生活史，当然也是它让我们发现了乙胺嗪，或许，这种精神还会带领我们发现更加有效对抗各类丝虫病的药物。

我永远不会忘记Q女士，第一层原因是因为罗阿丝虫病是一种我以前从未见过的罕见疾病，这让我很感兴趣。对我来说，那些寄生在我们身体中的寄生虫既令我神往又十分可怕。我们的身体是它们的家园和城市，它们在我们的体内出生、长大、衰老、死亡，在我们的血液、肺部甚至眼睛里观光旅行。但绝大多数原因是，这是我休假的数个月中首次进入医患之间的特殊关系中。Q女士的宁静和勇气提醒着我，医生永远可以从患者身上学到很多。我们的收获不仅关乎疾病与治疗。

*

我在日内瓦大学附属医院最后的经历是在第二天跟康复病房的医生们一同访问位于阿尔卑斯山脉的一间法国的酗酒和滥用毒品康复医院。一路上我坐在后排两位内科医生中间，所以没有太多机会看到窗外的风景。但到达的时候，我立刻就认出了这是一间疗养院。这间康复医院的名称是圣布鲁诺，它有拱形的石门、藏于拱廊中的窗户和高耸的两翼。这间医院可以算是深池医院遗失很久的亲戚。

拉品医生是这里的住院医生，他在医院入口处迎接我们。他也的确

是个住在院里的医生，因为拉品医生就生活在圣布鲁诺医院里，就像以前的实习生和护士们也住在深池医院一样。尽管D&T在报告中对此颇有微词，但足病学的学生们依旧住在深池医院。拉品医生告诉我们，我们会先参观医院，然后是用餐和会议。

拉品医生介绍说，圣布鲁诺医院始建于19世纪，最初是作为肺结核患者疗养院使用的。[注]那时，治疗肺结核的唯一方法就是养生法：每日摄入蛋、奶和肉，再加上阿尔卑斯山的安静环境、充足阳光，还和新鲜空气。虽然养生法效果极好，但是治疗肺结核的抗生素问世后，这间疗养院的患者就纷纷离开了，这里也几乎遭到拆除。不过，人们想到这里环境僻静、空气清新、食物良好，非常适宜用作酗酒和吸毒者康复疗养设施，于是，圣布鲁诺医院重新开张了。

说着，拉品医生转过身，穿过石拱门。我们跟着他穿过一间大厅，来到一处开阔的走廊。我们左手边是落地窗，窗户朝向南方。拉品医生说，这是为了迎接阳光，生成有利于治疗肺结核的维生素D。我们的右手边是病房。如果美国司法部看到这里的病房，一定会很满意。因为每一间病房都是独立的，里面有一张窄床、小桌子和法式的木质壁橱。但是病房是空着的，因为患者们一整天都要进行集体治疗项目。

我们跟着拉品医生来到一间大房间，这里让我想起了深池医院供患者吸烟和玩扑克的大厅。两位患者坐在窗下的木椅子上，拉品医生向我们介绍了他们。看到他们，我又想起了深池医院。因为眼前鲁昂夫人和麦考依夫人入院那天一样皮肤蜡黄，身体肿胀，而年轻的努瓦尔先生脸色灰黄，身体萎缩，如果他也会玩扑克的话，就跟深池医院大厅里的患者们相差无几了。接着，我们走到了户外，看到供患者锻炼的网球场、让他们休息的草坪和医院后可以散步冥想的郁郁葱葱的小山。

最后，拉品医生邀请我们去医生餐厅用餐。

整个餐厅没有窗户，不论地板、墙壁还是天花板，到处是闪亮的木

头。室内的长桌可供8人进餐，每个座位前放有金色的盘子、银质餐具、三只葡萄酒杯和一只利口酒杯。在这个午后剩下的时光里，我们享用着一道道菜肴和一杯杯美酒。

拉品医生和日内瓦大学附属医院的医生们一同谈论着圣布鲁诺医院对于酗酒和吸毒的治疗方法。不过我搞不清楚他们谈论的内容，因为我没有用心在听。大多数时间，我都在品尝美食和美酒，观察着四周厚重而静谧的墙壁。特别是当我喝完第三杯酒的时候，四周的墙散发出一种安稳和安全的感觉。它们的记忆中一定有许多这样的餐会，以后也一定会见证更多次。

我在想，在人们已经找到治愈肺结核的方法之后，圣布鲁诺医院是如何躲过被拆毁的命运的？因为有人意识到，即便是现代法国，仍然需要这么一个地方来治疗酗酒者和瘾君子。或许，甚至当人们找到对付酗酒和滥用毒品的方法时，仍然有许多医学上尚未攻克的疾病；而罹患这些疾病的人将从旧式良方，也就是膳食医生、静谧医生和愉悦医生那里受益。

啜饮着白兰地，我很欣慰圣布鲁诺医院以后可能还会有另一种用途。休假的这将近一年中，我第一次想知道：深池医院那里都发生了些什么？是否真的按照司法部的指示进行了重建？又或者那里已经被关闭甚至拆毁了？

*

我计划7月1日回到深池医院，心里想着这个我离开的地方，想着梅洁医生的辞职，想着医院未卜的前路。因着这样的思虑和担忧，当晚我便给芬特医生打电话询问了深池医院最新的情况。

芬特医生接听了电话，她的声音听起来还是老样子，一开始由于羞怯显得有些保留。她告诉我，深池医院一切都很好，她盼望着我的回

归。

但是，深池医院究竟经历了些什么？我问道，梅洁医生真的离开了吗？谁接替了她的职位？斯坦恩医生和医院的重建计划又如何呢？司法部又有什么消息？

果然，梅洁医生离开了，现在由罗梅罗医生担任医务部主任，她在收治病房的工作由两名新来的兼职医生接替。这消息听起来太令人震撼。至于深池医院的未来，斯坦恩医生已经有了自己的构想：建造一家更大的新型医院。市议会正在审查他的提议，不过这一建议将会花费数亿美元，因此大多数人认为不如直接关闭深池医院，然后将这笔钱给患者提供居家护理。

“朱莉，问题是这些患者根本没有家啊。”我说。

“我知道，这就是问题所在。”

“即便我们给他们找到了住处，他们也没有可以照顾他们的家人。这么一来，我们就得花费高昂的费用来为他们提供一切生活必需品。这无异于建立起数千家微型医院。我们要为他们提供24小时的护士和每日家访的医生。而且这些患者互相还是孤立的。”

“维多利亚，市议会的意见貌似跟你一样。因为他们采纳了斯坦恩医生的建议，正在为发行募款债券展开投票。但没人认为这次发债会通过投票。”

“还有其他新闻吗？”我问道。

“嗯，罗梅罗医生并不太喜欢担任医务部主任，所以她决定回到收治病房了。但我们要离开收治病房。我觉得是因为主任承受的压力太大了，简直近乎疯狂。司法部前后又来了13次医院。所以，她又聘请了一位医生，他们俩会待在收治病房。”

“那对于我们的安排是什么呢？”

“我不知道。我听说的是安排我们接手三间长期病房，负责一百来位患者。我不知道自己能不能承受，维多利亚，我在想是不是自己也是时候退休了。”

这种情况已经很严重了。尽管休假的时光令我觉得惬意舒适，但我仍然会想念收治病房。现在，摆在我面前的道路并非只有返回深池医院这一条。霍夫医生在社区医疗部门为我安排了一个兼职教授的职位。他对我兼职期间的行医表现很满意，并且对于我中世纪医学的研究方向也很感兴趣。霍夫医生给出的职位正好可以满足我居住于瑞士的湖边，每日早晨写作，下午接诊的梦想。

但是，我想念家乡，想念深池医院。我想看看接下来深池医院里会发生什么，未来的它又将走向何处。

*

就这样，我按照计划返回了深池医院。

我在一个清晨回到医院，将车停在楼下我以前常用的车位上。我不在的日子里，旁边就是鸽子和吸烟的患者（他们已经被赶到了室外）。这里斑驳的赭石色墙面和红色的屋顶犹在，在我眼里，深池医院仍像往常一样有一种落魄的优雅。我走进医院，上了楼。在进入医务部主任办公室接受新的工作安排之前，我在圣弗朗西斯的雕塑下面转了一下，然后绕到了收治病房。那里的双开门第一次被关上，旁边的墙上贴着新的标识，上面有粉色的心形图案和粉色的标语——“欢迎来到收治病房！”。

我又走到患者们以前经常聚集在一起吸烟的大厅，里面除了自动贩卖机、桌子和落地窗外空无一人。我在那儿静静地站了一会儿，只是默

默地看着这里的一切。然后，我转身离开，准备回到医务部主任办公室。就在这一刻，我听到了一个声音。

“斯威特医生，是你吗？”

我向周围看去，可是未见一人：“谁呀？”

“是你吗？”

这时，我在大厅的角落里发现了一把轮椅，轮椅上坐着一位瘦削而身形扭曲的患者，我都快不记得他了。他是芬特医生的患者，我之前几乎没有怎么注意过他。他是我们医院里患有发育性残疾的患者之一，生来就眼盲，身形扭曲，（我还总觉得他的）智力发育迟缓。他是怎么认出我的？他又怎么会记得我？我已经离开一年了啊，而且他还是个盲人！

“我是斯威特，你是怎么认出我的？”

“你离开很长时间了，是不是，斯威特医生？”

“是啊，我离开一年了。可是，你究竟是如何认出我的？”

“噢，我可以从你的脚步声分辨出来。你真是离开太长时间了。”

“是啊，谁说不是呢。”

然后他冲我笑笑，我也报之以微笑，我希望他能“听到”我的笑容。既然他能“听见”我回来了，或许也能“听见”笑容，谁知道呢？

正是这次经历，让我第一次感觉到如果深池医院是一家剧场，那么我不仅是观众中的一员，还是登台的演员之一。当然，我一直笃信，在患者的生命中，我扮演着重要的角色。但令我没想到的是，我的样子、我的举止仪态，甚至我的脚步声都像我观察他们的特征、仪态一样，被

患者仔细地观察着，就像我对他们进行病情检查一样，他们也观察我，然后得出属于他们的结论。尽管我并不知道为什么以前的我不明白这个有着宽大落地窗、敞亮大厅和开放式病房的地方实际上是一个“舞台”，但是今天这一次经历无疑是我在深池医院学到的许多重要课程之一。

然后，我从走廊下了楼梯，朝着医务部主任的办公室走去。

---

1. 这个会议叫作“宾根的希尔德加德及其历史环境：纪念希尔德加德诞辰900周年国际学术会议”，该会议于1998年9月13—19日于宾根召开。会议论文中相当一部分后来结集发表于Alfred Haverkamp和Alexander Reverchon编纂的Hildegard Von Bingen in Ihrem Historischen Umfeld:Internationaler WissenschaftlicherKongressZum 900JahrigenJubilaum,13-19 September 1998, Bingen Am Rhein（Philipp von Zabern，2000年版）。

2. 希尔德加德给一位爱打听的仰慕者写了一封自传体信件，而这封信和她其他信件的内容一起，被她的修士秘书戈弗雷（Godfrey）和西奥多里克（Theodorich）收集于《希尔德加德生平》一书中，这一过程可能她本人也有参与。然而，由于《希尔德加德生平》的写作视角特殊——它将希尔德加德称为圣徒，这本书主要注重的是她生活中的宗教、精神和神迹等方面。但她的自传还有许多其他来源，包括她的数百封信件，甚至还有1232年教皇派遣来调查她手下修女的调查团所做的现场目击报告。关于希尔德加德的生平已经有人做了许多工作，现在有许多她的传记，可以参见我写的Rooted in the Earth, Rooted in the Sky: Hildegard of Bingen and Premodern Medicine第1章（Routledge，2006版），或Sabina Flanagan著Hildegard of Bingen: A Visionary Life（Routledge，1998年第2版）。

3. 这两本书分别是Book ofthe Rewards ofLife （Liver Vitae Meritorum）和Book ofDivine Works （Liber Divinorum Operum）。后者还有几本有批注的抄本存世，然而其中并没有从希尔德加德自己的缮写室流传出来的版本。她为参演她的戏剧的修女们设计的戏服是白色的长袍、金戒指和上配金冠的白色长丝巾，她们的行列里还混进了许多天使和一只羊羔。有谣言说，她手下的修女们在休息日也穿着这些衣服，希尔德加德没有否认这一点：“的确，已婚女性不应显露出头发，也不应该用金冠装饰自己……但这不适用于处女们，没有命令要求她们掩盖起头发，同样地，她们穿白色服装也是很合宜的。”［《拉丁教父文集》（Patrologia Latina）第197卷第116封信，1116页，第336C、D行）］关于希尔德加德对这出戏剧的解读，请参见Gunilla Iversen，“O Virginitas, in Regali Thalamo Stas; New Light on the Ordo Virtutum: Hildegard, Richardis, and the Order of theVirtues”，收录于The Dramatic Tradition ofthe Middle Ages（AMS Press，2005年版）第63—78页。

4. 三十年战争（Thirty Years’ War），1618年至1648年欧洲发生的一连串战争。

5. 当我去那里的时候，她的故居长满了许多她曾经推荐人们使用的药草，除了我正文

里提到的，还有海索草、苦艾草、蓟、茴香、荷兰芹、紫木槿、百合、莴苣、蓍草、山金车、鼠尾草和无花果。

6. 顺势疗法（homeopathy），这种疗法认为，为了治疗某种疾病，就需要使用药剂来使患者产生与这种疾病相同的症状。比如使用能够使机体发热的药物来治疗有发热症状的疾病。但无论是主流医学界还是世界卫生组织，都认为顺势疗法并无实际疗效（但可能会产生安慰剂效应）。

7. 威斯巴登图书馆网站上有Riesencodex抄本的电子版，这本书是希尔德加德自己的缮写室里整理的她的选集。链接：http://www.hlb-wiesbaden.de/index.php?p=202。选集中就包括了《秘名语》。另参见Sarah L. Higley著Hildegard ofBingens’Unknown Language: An Edition, Translation, and Discussion（Palgrave MacMillan，2007年版）。

8. 希尔德加德并没有说明方法，我是从她对疾病状态的描述中推测出来的。比如说，她用脸色、皮肤弹性和眼睛的明亮来描述患者的状态，这表明她会去观察患者的面孔、眼睛，并触碰其皮肤。在她如何诊脉这一问题上，我参考了她对不同脉象的描述，以及我们对前现代诊脉法的了解。比如说，Faith Wallis的“Signs and Senses: Diagosis and Prognosis in Early Mediveal Pulse and Urine Texts”，收录于Peregrine Horden所编的TheYear 1000: Medieval Practice at the End of the First Millennium（Society for the Social History of Medicine，2000年版）第265—278页。当然，中国人也用脉搏来做诊断。如果要对这些传统做一个对比，可以参考“Shigehisa Kuriyama著Varieties of Haptic Experience: A Comparative Study of Greek and Chinese Pulse Diagnosis”（哈佛大学1986年学位论文）。

9. 这句话的拉丁语原文是“Si tibi deficient medici, medici tibi fiant. Hæc tria: mens laeta,requies moderata diæta.”Mens laeta被我解释为愉悦医生，不过我不确定这种翻译是否准确。Merryman意为小丑，而Mens laeta指的是一种愉悦的精神状态、乐观的心态和轻松的精神，所以也许做无忧无虑医生会更好？

10. 可待因（codeine），一种罂粟中少量存在的生物碱，有镇咳、镇痛的作用。

11. 一品脱，约470毫升。

12. 四盎司，约110毫升。

13. 要进一步了解瑞士的医疗体系，请参见Uwe E. Reinhardt著“The Swiss Health System:Regulated Competition Without Managed Care”，收录于The Journal ofthe American MedicalAssociation第292卷（2004年刊）第10期，第1227—1231页。该文作者认为瑞士医疗体系“更加优越，更重视成本效益，也更公平”，但经济学家们对其原因各执一词。有些人认为这是因为瑞士体制的价格更加透明，消费者对其有更强的控制能力；作者则认为，这是因为该体系对保险公司、药品价格和市场存在“普遍的政府监管”。对我来说，这套体制最有意思的是律师角色的缺失（比如说在治疗不当的场合下、监管过程中和监督过程中），以及做出医学判断的权力看上去主要归属于医生和患者。不过，最重要的是瑞士体制的中世纪风格的养生法。患者们得到适宜的饮食、大量的散步运动和真正的休息：他们没有忘记膳食医生、静谧医生和愉悦医生。

14. 我在《牛津医学教科书》的帮助下回忆起了埃姆医生说的话。

15. 我将这家医院称为“圣布鲁诺医院”，但这个名字和霍夫医生一样都是假名，虽然使用假名的原因各有不同。我记不住康复病房带我去参观的那家医院的确切名字了。法国的前阿尔卑斯地区的确有一家圣布鲁诺医院，该医院的历史、外观和功能与我去过的那家一样，但是我无法确定那是否就是我去过的那家有漂亮的医生餐厅和棒极了的白兰地的医院。

第七章
和着格伦·米勒的拍子跳舞

医务部主任的办公室里并没有主任，事实上这个办公室已经空了几个月了。不过没有关系，因为有杰丽在。

杰丽是我们医务部的秘书。医务部的人员组成不仅有内科医生、精神科医生和心理医生，还有放射科、图书馆、社工部门和康复科的人员。而杰丽就是连接这一切的关键所在。她几乎认识医院里的所有人，而且时刻了解医院里所发生的大事小情。杰丽的办公室就在梅洁医生和莱斯特护士之间，由于这样的位置，她甚至比莱斯特小姐更了解救护车进出医院的情况。除了每天下午四点的护士换班时间之外（那时换班的护士会如同潮水一样从她的门前经过），她办公室的门一般都是敞开的。杰丽的办公桌正好面对着门，于是，在我回归深池医院的第一天，她就用她美丽的脸庞和迷人的笑容迎接了我。

“呀，是你呀，维多利亚医生，你终于到了。欢迎回来！瑞士怎么样？”

尽管杰丽的办公室不大，但这里却是流言的中心、医生们商讨事宜的办公室、临时会议室和治疗中心。这里不仅对医生开放，对任何人，包括病人都敞开怀抱。实际上，杰丽有自己专门负责的病人，比如那些患有精神分裂症、脑损伤、痴呆症、发育迟缓的病人——而且很多以上四病俱全的病人会每天来办公室找她。

斯图亚特·巴尤先生就是杰丽的一位病人。我在几年前收治了斯图亚特，他是一位很有男子气概的成年病人，不管护士们帮他把胡须剃得

多干净，他脸上总是有青青的胡须印迹。护士们帮他把几缕深棕色的头发向后梳，盖过秃顶的部分。他下巴有力，鼻梁笔挺，嘴唇厚实。但是，由于一次髋骨骨折后愈合情况不佳，他的下半生必须在轮椅上度过了。让他坐轮椅的原因还有一个，那就是他的大脑在5岁之后就停止了发育。因此，巴尤先生没有读写能力。尽管他拥有运动员一般、体重82千克的躯体和充满男子气概的体态，他也还是个5岁大的孩子，内心充满困扰，并且易怒。但他特别喜欢披头士乐队，而且只要人们答应他的一个简单请求——“帮我写一下披头士”，他就会安静下来。

斯图亚特几乎每天下午都会出现在杰丽的办公室。杰丽总会准备好蜡笔和白纸，每天下午她都不厌其烦地一遍一遍为斯图亚特写下“披头士”三个字。她把写了字的纸递给斯特亚特，他就仔细地打量着那张纸上的字，仿佛要找出其中神奇的意义。之后，他会满心欢喜地将这张纸和他的其他“收藏”还有之前从图书馆里顺来的杂志一起放好，推着轮椅离开杰丽的办公室，去找其他人。

杰丽不胖，但是身材高大。她的肤色浅棕，有着美洲人和北非人的面貌特征。她身材修长，瞳仁呈金棕色，性格乐观但喜欢冷嘲热讽。这种性格也正是她所在职位的必备条件。当天，杰丽给了我新的工作安排，并且向我解释了我离开的日子里医院所发生的一些变动。她肯定了芬特医生告诉我的信息：罗梅罗医生和一位叫作丹·斯坦尼斯洛斯的新医生目前负责收治病房的接诊工作；杰弗斯医生调去了克拉伦登大厅，我和芬特医生将要一同负责照顾三间病房里共102位病人。其中，我专门负责E4病房，这是一间复杂病情病房，包括接受康复治疗的病人；芬特医生负责D5病房，同样是一间复杂病情病人的病房；剩下的E6病房由我们共同照料，里面住的是痴呆症患者。

杰丽建议说，虽说芬特医生还没来，我还是可以先去认识一下我的新病人，顺便熟悉一下工作环境。

我叹了口气，因为实在喜欢那个堪称迷你医院的收治病房，那里每

天都有无法预料的突发情况，有来了又走的病人。这样的环境非常适合我。而我将要负责的病房却复杂得多，特别是那间痴呆症病人的病房，是州立医院里经典的后院病房。我不禁有些怀念日内瓦大学附属医院和那个被我拒绝了的职位。接着，我走上了通往E6病房的楼梯。

*

这间病房看起来和收治病房相差无几，唯一不同的是由于建于大萧条时期，所以它的入口窄小，照明也比较昏暗。除此之外，其内部的设施结构都与收治病房无异。在病房的入口处，有一些私人病房、一间小厨房、一间舒适的办公室、被服间、护士站，接下来是宽敞的开放式病房。34张病床沿墙面依次排开，每一张病床都挨着一扇窗户。在病房的最里面，原来是中世纪小教堂的位置，现在是日光浴室。E6病房正好在收治病房的上一层，因此比收治病房拥有更好的视野，可以越过城市看到远处美丽的海景。

E6病房之前的负责医生卡尔马给我留下了一间井井有条的病房。他做好了一切工作：年度体检，月度整理，注射流感疫苗以及一些提前的健康说明。他并没有把索引卡交接给我，不过现在医生也不再携带索引卡了。他也没有等我回来，带我巡视一遍病房，就像我第一天来深池医院的时候裘德医生所做的一样。但他确实也没有这么做的必要，因为我有充足的时间自己来熟悉这些病人。

现在，E6病房是“痴呆症患者群”的一个组成部分。将患有同种疾病的患者集合起来，并放在一个病房中是埃伦·玛丽的创新之一。以前，我们并不是按照诊断结果来分配病房的，而是基于其他一些难以揣度的原因，这些分配标准可能是性别、护理级别需求、情绪、关系和护士长的资深级别。毕竟，患者有难以照顾和容易护理之分，有心满意足和沮丧不安之别。许多病人在这里住了很长时间，相比之下，护士长的工作时间更长。于是，长年累月中，每间病房都形成了自己独特的“性格”和“名声”：有的病房对于患者、工作人员和护士长来说比较好相

处，有的就不好相处。

每间病房都逐渐形成了自己的风格，而护士长也做出了卓绝的努力，使之便于管理。奇怪的是，在这两种力量的作用下，就病人的治疗紧迫性和对护理工作的需求而言，每间病房最后还是包含了几乎相同的病人组成。每间病房都有几个难以接触的病人，几位好相处的病人，一些病情较复杂的病人，几个痴呆症患者，还有一些老夫人和老先生们。这样多样化的病人分布是有好处的。对于护士来说，她们每天的工作变得多种多样，而且全院范围内的工作难度比较平均。对于医生来说也不错，因为这样的分布让我们每天忙个不停，十分充实。对于患者来说，这样分配的好处也不少。由于患者失能的种类是互补的，这样一来，身体残疾的病人可以照看痴呆症患者，跛足的患者可以为眼盲的病人引路。

然而，现代医院的操作方法与此不同，是按照诊断结果将病人分类。所以，莱斯特小姐退休后不久，埃伦·玛丽·弗兰德斯就按照新型的“诊断群”将病人们重新分类。“复杂疾患组”包括那些患有严重慢性病的患者；“社会心理组”包含那些身体和心理都有疾病的人们；“慢性病组”的成员是那些身体本身无恙，唯一的问题仅仅是年老的女士们。当然，还有我们已经提到过的“痴呆症患者组”。每一间“痴呆症”病房负责收治处于某个不同阶段的患者：有的病房里的患者忘记了自己身在何处，并开始四处游荡；下一个阶段的患者忘记了如何说话；最后阶段的患者连吃饭都不会了。

我将要负责的E6病房，就属于这样的“痴呆症”病房中的一个。[注]

尽管这是一间“痴呆症”病房，但其中并非阿尔茨海默病患者，[注]至少不符合1907年阿罗伊斯·阿尔茨海默[注]医生对于自己所接触到的病情的定义。直至今日，我们对阿尔茨海默病的诊断标准与痴呆症的类似，可实际上这样做通常并不准确。

“痴呆”（dementia）一词来源于拉丁语词“*mens*”，意为“思想”。患“痴呆”（demented）意味着“失去思想”（de-minding），患者会逐渐失去各项智力功能，特别是记忆力。随着记忆一起失去的，还有学习和做计划的能力。前现代医学通常将这种病症称为“失智”（amentia）。医学界一直未能确认年老是否是这种疾病的单一诱因。比如说，作家西塞罗[注]活到了85岁高龄，他认为痴呆症是可以通过锻炼来预防的。而古罗马最著名的内科医生盖伦认为由于人体随着年岁渐长而失去生机、变得干瘪，这种失智的结果是无法避免的。这样的理论跟盖伦对人体衰老的理解是有关的。在他看来，人体在一开始的婴儿期是湿润而温暖的，随着时光的流逝，人体逐渐失去了水分，丧失了温度，在老年时变得又干燥又冷。这就解释了为何老人的皮肤褶皱、眼眶干燥、体形收缩。盖伦认为，人类的大脑也在这一过程中变得干瘪而冰冷，就好像无法在干燥的泥土上再次留下印记一样，衰老的大脑也难以留下新的记忆，这就解释了为何老人的记忆力会比较差。盖伦也同意出现失智的时间可以被延缓，然而其前提是采用一种为身体提供热量和水分的养生法。而希尔德加德遵从了盖伦的教诲，给她的痴呆患者开出了温暖和滋润身体的药材。

而现代医学对于痴呆症的理解相对新颖很多。菲利普·皮内尔医生于19世纪初在巴黎的萨尔裴德谢医院（Salp trière hospital）创立了这一学说。与深池医院类似，萨尔裴德谢医院是一家大型的慢性病护理医院。在萨尔裴德谢工作的岁月中，皮内尔医生逐渐对一群特殊的病人[注]产生了兴趣。这类病人被亨利·莫兹利[注]描述为“记忆力受损，感觉迟钝，智力衰弱甚至消失的”一群人。皮内尔给这种病症命名为“痴呆”（demence）。他决定在患者去世后解剖他们的大脑，以找到他们的临床症状与大脑病变之间的联系。由此，他总结了一长串可能导致痴呆症的原因。他的徒弟让－艾特尼·多米尼克·埃斯克罗继承了老师的衣钵，继续深入研究痴呆症，并在1838年出版了自己的研究成果《精神疾病》（*Des Maladies Mentales*）。在书中，他将痴呆症定义为“思想不连

贯，缺乏智力及精神上的自发性，以及感觉、理解力和意志力上的弱化”[注]。他同样将痴呆症的临床症状与他在解剖的过程中发现的现象相关联，然后总结出痴呆症的病因有许多，包括：脑卒中、脑部损伤、梅毒、汞中毒（这是治疗梅毒所导致的）、酗酒、错误的生活习惯、经受挫折、失望和困苦。埃斯克罗没有介绍到的病因，就是我们今天所了解的阿尔茨海默病。在此之后又经历了一个世纪，人们才了解阿尔茨海默病，以及给脑细胞染色的新方法。

接下来的1907年，阿罗伊斯·阿尔茨海默医生发表了他的病人奥古斯特·D的案例[注]。这位51岁的老夫人患有一种不常见的、快速恶化的痴呆症。患者去世后，阿尔茨海默医生对其进行了解剖，并对大脑进行了银染色。当他用显微镜观察时，他看到奥古斯特的脑细胞中充满了黑色的粗线条物质。他把这些物质称为“神经纤维缠结”。他在脑细胞外部发现了白色的斑块，并称其为“细胞外斑块”。他提出，这些缠结和斑块就是导致奥古斯特那不寻常的痴呆症的原因。几年后，人们用他的名字命名了这种由他本人发现的病症。

阿尔茨海默医生对病症做出描述后的几十年中，由于他的定义方式，这种病症鲜少被认为是痴呆症的诱因。阿尔茨海默病应该是一种“早发性”的痴呆症。也就是说，患者一般应在中年的时候出现症状，然而这种现象是罕见的。患者的脑部必须出现神经纤维缠结和细胞外斑块，而这些情况必须在做活体组织检查或者尸体解剖的时候才会被发现，而这两种情况也一样很少见。

接下来，在20世纪70年代，一项研究推进了人们对老年痴呆症的理解。当银染法被用于老年痴呆症患者的脑部时，许多人都出现了神经纤维缠结和细胞外斑块的现象。科学家们这才发现，阿尔茨海默病并非罕见，而是老年痴呆症的常见诱因。于是，人们开始投入大量的资金来研究这些脑部缠结和斑块的产生原因。

然而，在研究的过程中出现了问题。科学家们对阿尔茨海默病进行研究的前提是找到一种方法来确定哪些痴呆症患者的脑部存在那些缠结和斑块。但正如前面所提到的，除了提取活体脑组织和尸体解剖外，没有其他的方法可以确定缠结以及斑块存在与否，血液检查和X光检查都是行不通的。因此，20世纪80年代，科学家们重新定义了阿尔茨海默病，这一举动意义重大。他们抛弃了阿尔茨海默医生所定义的由于神经纤维缠结和细胞外斑块所导致的早发型痴呆症的说法，而将阿尔茨海默病重新定义为任何一种无其他已知原因导致的痴呆症。[注]这是一项巨大的转变，因为这意味着医生们确诊阿尔茨海默病的方法不再基于脑部活组织检查或者尸体解剖，而是基于对其他一切导致痴呆症的原因的排除。理论上，这些原因包括埃斯克罗和其他研究者在一百多年的时间里总结出来的种种可能性。

起初，医生们在做出阿尔茨海默病的诊断之前还会仔细地研究和排除其他可能性。但是，随着时间的推移和医疗管理的死板化，痴呆病人不再有机会接受全套的病情检查。将一位年迈的痴呆症患者根据假定就确诊为阿尔茨海默病更加简单、快速和经济。毕竟，这样的做法已经多不胜数了。

那么，这么做有什么不妥之处呢？阿尔茨海默病的定义改变之后，依然保持着原有的名称，会造成什么问题呢？毕竟我们已经认同了它的新定义。

问题在于，过去我们所定义的阿尔茨海默病是一种以神经纤维缠结和细胞外斑块为特征的、发展迅速的早发型痴呆症。这意味着确诊为阿尔茨海默病的诊断预示着其病程和预后[注]为：该病的病情发展很快，而且无法治愈。相反地，如果将阿尔茨海默病等同于任何一种我们无法找出病因的痴呆症，那么这种预后就是错误的。于是，病人和家属可能会做出关于未来护理、遗产继承以及立遗嘱的错误计划。

更糟糕的是，由于过去对于阿尔茨海默病的研究都集中在那些脑部的神经纤维缠结和细胞外斑块上，于是治疗这种疾病的药物都是针对这两种症状而特别研制的。如果给那些没有缠结和斑块的患者服用同样的药物，那么他们的病情根本不会得到改善。患者们不但不会有起色，反而会承受全套的副作用。这就是将那些未知病因导致的痴呆症都定义为阿尔茨海默病的危害所在。在收治病房的时候，我就见过许多被确诊为阿尔茨海默病的病人。然而实际上，他们的痴呆是由其他原因导致的。有些患者的真实病因是可以治愈的，诸如维生素B12缺乏症、艾滋病、抑郁症或者甲状腺功能失调。在接受正确的诊断和对症的治疗之后，这里面的许多“阿尔茨海默病患者”的病情有了很大起色，有些人甚至可以康复回家。

E6病房的情况也不例外。随着我对这34名病人的了解逐渐深入，我发现尽管他们中许多人的病历卡上面写着“阿尔茨海默病”，但他们没有一个是真的患有这种病。相反，每个人罹患痴呆症都另有原因，而且通常有很多病因。

*

比如艾瑟姆先生，他是E6病房中最年轻的患者。

艾瑟姆先生28岁的时候，他脑部的一根血管破裂了，他因此晕倒并陷入了昏迷。多亏了现代医学的神奇力量，他的命保住了。医生们迅速对他进行手术，将他脑部的那根血管截断，并清除了颅内的淤血。接着，艾瑟姆被送进了重症监护病房（ICU），并在那里昏迷了几个星期。后来，他终于醒了。他敏锐而机警，四肢都可以活动，就是不能开口说话。没人能够判断他现在的理解能力达到什么程度。因此，他被送到了康复病房，但情况并未见好转。他很愉快并乐观，可一旦一个人的时候，他就只是静静地坐着。最后，艾瑟姆先生被转到了我们院。直到我见到他为止，他在E6病房待的时间比我在深池医院工作的时间还久。每天早晨，护士们帮助他下床，给他刮胡子，为他穿好衣服，然后喂他

吃饭，最后把他安置在轮椅里。艾瑟姆先生在轮椅里一坐就是一天。他的面部轮廓柔和，有圆圆的耳朵，还有一双圆圆的、专注的棕色眼睛。他从不说话，但是经常微笑。每当他专注地看着病房里时刻变化着的神奇事物时，就会绽放出一种让人愉快的浅笑。他的确患有痴呆症，但绝对不是阿尔茨海默病。他所患的是一种外伤性的脑损伤。

E6病房中年纪最大的病人是赫尔南德斯先生，我见到他的时候，他已经98岁高龄了。他身材矮小而敦实，肌肉发达，浅灰色的发丝很粗，嗓音沙哑。他的牙齿一颗未少。每当我指出他是病房里最年长的病人时，他都会抗议说："不，我才不是！"

"不对，赫尔南德斯先生，你就是最年长的。"我说。

"不，我不是，"他又再次重申，"给我找个女人，我会让你看看我到底有多老！"

尽管我们从未真的给他找了个女人，但在他104岁的生日派对上，护士们的确邀请了一位脱衣舞娘来为赫尔南德斯先生送上一束气球。当然，这位脱衣舞娘衣着基本完整。他对此非常高兴。尽管赫尔南德斯先生的年纪已经足够患上阿尔茨海默病所导致的老年痴呆症了，但是我仍然十分怀疑这个诊断结果。因为在我和他相处的几年中，从未发现他的病情有恶化的迹象。他既没有转好，但也没有变糟。他的儿子也告诉我们，他跟以前一样，没什么变化。或许，赫尔南德斯先生还是以前的赫尔南德斯先生，只不过年纪大了一些。

E6病房中那些年龄处于赫尔南德斯先生和艾瑟姆先生之间的病人，几乎展示了除阿尔茨海默病以外能够导致痴呆症的所有病因。就拿理查德·特穆金先生来说吧，他是一位患有抑郁症的酗酒者，一天晚上，54岁的他从常去的酒吧出来后，径直走进了自己位于酒吧楼上的单间，从床头柜的抽屉里拿出一把上了膛的手枪，然后张开嘴，用一颗子弹穿过了自己的头部。子弹正好穿过他的硬颚，然后击穿了大脑额叶。神经科

医生说，额叶区让我们拥有计划和思考的执行力。

很显然我们不需要这些执行力，至少特穆金先生不需要——尽管他花了很长时间来适应没有这些能力的生活。

他被送到深池医院来的时候，刚刚从昏迷中苏醒过来。尽管昏迷了几个月的时间，特穆金先生终于还是苏醒了。跟着苏醒的，还有他的“自我”，那些忧郁、无礼和易怒的特点仿佛没有因为失去额叶区而受到任何损伤，都一一回到了他的身上。除此之外，一同恢复的还有他辱骂其他病人的能力，甚至还有自行在餐厅点餐的能力。之后，他持续恢复，一年后已经可以回到他那间酒吧楼上的单间了。他的精神状态与之前唯一不同的是，经过一次失败的自杀后，他再也没有自杀倾向了。他所患的也是外伤性脑损伤，而不是阿尔茨海默病。

还有贝雷先生，他患有糖尿病，因此“沉迷”于控制血糖。他将血糖控制得很低，于是出现了许多低血糖症（hypoglycemia）的症状：血糖含量过低，以至于不能给大脑活动提供营养。长此以往，贝雷先生也因为反复发作的低血糖而患上了痴呆症。

而鲍威尔先生的痴呆症是由一系列轻微脑卒中导致的。他也是一位糖尿病患者，右腿还因为糖尿病并发症而截肢。一开始，他的性格就并不开朗，患上痴呆症后情况就更是如此了。鲍威尔先生给我留下印象最深的一次，是给我展示了如何在没有带锁的柜子的情况下，在义肢的内部空间里藏钞票、香烟和火柴。

在E6病房所有的病人当中，似乎只有斯坦贝尔先生一人可能是真正的阿尔茨海默病患者。他38岁开始发病，而且病情恶化得非常迅速。于是，当我遇见他时，他已经不能说话，无法在轮椅中坐起，也不能自主吞咽唾沫了。因此，他的痴呆症是发展迅速且早发的。在对斯坦贝尔先生的治疗过程中，我决定试着使用安理申（Aricept），它是治疗阿尔茨海默病的为数不多的几种药物之一。安理申会干扰人体对乙酰胆碱

（acetylcholine，ACH）的分解，而乙酰胆碱是大脑中的一种重要的神经递质。人们曾经一度认为缺少乙酰胆碱是导致阿尔茨海默病型痴呆症的原因，然而事实表明安理申只在少数病人身上有明显效果。或许，这是因为我们重新定义过阿尔茨海默病。一开始，我给斯坦贝尔先生服用的安理申剂量很小。让我感到吃惊的是，服药的第二天，斯坦贝尔先生就能坐在椅子上，不仅不再流口水，还尝试着去行走。所以，导致他痴呆的原因或许真的是阿尔茨海默病。不过我们的神经科医生不这么觉得，他的假说是，斯坦贝尔先生对于安理申的反应过于夸张，因此看起来更像是他的部分大脑因脑卒中受到了损伤，而这一部分正是负责调节对乙酰胆碱的响应功能的。无论实际情况如何，都不可能有治疗斯坦贝尔先生的长期有效办法。他只是每天有几分钟突然坐起来，吞咽自己的口水，抬起眉毛，然后把眼睛睁得大大的，咧开嘴露出欣喜的笑容而已。

上述6位病人和E6病房里其他28名患者一样，他们的痴呆症原因五花八门，就是没有由阿尔茨海默病导致的。而且他们的病因经常可能是脑卒中、酗酒、脑外伤、吸毒、丧失生活重心、失望情绪和情感缺乏中的几种综合而成的。而埃斯克罗医生早在200多年前就已经列举了这些原因。

尽管这个病房的患者们都没有令人恐惧的阿尔茨海默病，但他们的确患有痴呆症，也就是说丧失了一部分脑部和思维能力。现在的我是一名乐观主义者，我相信人生是有意义的，而这种意义与我们的灵魂或者精神有关，而E6病房的病人们却使我迷惑了。当一个充满生机的智慧生命逝去了，这就意味着死亡是一件具有毁灭性的事情。但是我们有理由相信，即便这个生命体的躯体死亡了，他的精神和灵魂仍然是存在的。由此可见，生与死之间的鸿沟是那么明显、清晰和显著。

但是，E6病房的患者们似乎模糊了生与死之间的界限，在我看来，他们既存在又不存在。他们是失智，但并非“失魂”或“落魄”。正如埃斯

克罗医生曾经定义痴呆症患者的那样，他们“记忆力衰退且智力衰弱”。我也敢肯定，他们中的很多人还出现了他所说的第三类症状，那就是“感知力减弱”和第四类病症“理解力减退”。但是，他们并没有跌进第五类“感觉减弱”和第六类“意志力衰弱”的范畴。相反，我从E6病房的患者们身上学到了很多关于感知力、感觉、理解力和意志力的东西。

无论痴呆症是不是由阿尔茨海默病所导致的，它都挑战着人类对灵魂、精神和个性的认识。正因如此，布兰维尔先生应和着格伦·米勒的拍子跳舞的场景令我久久不能忘怀。

*

第一次见布兰维尔先生，是他从楼下的收治病房转入E6病房的那天。

那时，他坐在床边的椅子上，身穿深蓝色的斜纹裤子和绿色的格子花呢衬衣。衬衣的每一颗纽扣都扣得整整齐齐。他是一位非洲裔美国人，有着深棕色的皮肤和宽阔的脸庞。他下巴上的肌肉松散，双眼无神地盯着一直敲打着桌面的手指。布兰维尔夫人就站在他身旁。她生得美丽，身材匀称而高挑。她穿着尼龙长筒袜和高跟鞋，身着栗色的套裙和优雅的绿色羊毛外套，显得淡定而自信。按理说，栗色和绿色的搭配会形成很强的冲突感，但是配上她深色而细腻的皮肤，则显得很和谐。她应该和布兰维尔先生同岁，都年逾古稀，不过她看起来年轻十岁。

她告诉我，她没有能力继续照顾他了。阿尔茨海默病患者实在是太难以照料。布兰维尔先生是个以家庭为重的男人，他们夫妇一共育有六个孩子，三个儿子，三个女儿。布兰维尔先生之前在建筑行业工作，和儿子、女婿一同打理着自己的生意。没错，他的饮酒量是比较大，但是家人们都没有意识到这个问题，直到有一天他与女婿吵架之后居然向女婿举起了斧头。那已经是六年前的事了，之后，他戒了酒。可是从大概四年前开始，家人们渐渐发现他有些不对劲。布兰维尔先生的话变少

了，反应也迟钝了很多。直到一年前，他的情况变得非常糟糕，他会在熟悉的地方走失，并把自己弄得脏兮兮的。

因此，她把布兰维尔先生送到了县医院，他在那里被医生们确诊为阿尔茨海默病，并被转来深池医院。布兰维尔先生在深池医院住了几个月，情况有所好转，于是布兰维尔太太就把他接回了家。现在，由于布兰维尔先生的病情日益严重，出现了神志恍惚、情绪紧张和睡眠障碍，因此即使孩子们也来帮忙，她也再没有能力继续照料他了。布兰维尔太太的计划是，如果他这次有好转，就依然把他接回家。她很想带他回家：他们结婚五十载，他是个好丈夫、好父亲，一直给家庭创造了良好的生活环境。

布兰维尔太太向我讲述的时候，布兰维尔先生一直安静地坐着，脸上带着浅浅的笑意。他不太眨眼，手指在桌面上敲打着。当我向他介绍自己并询问他感觉怎么样的时候，他转动眼球看向我，并没有回答。接着，他的双眼又望向之前看着的地方。

收治病房新来的丹医生已经给他做过检查。于是，我回到护士站，开始研究他的表格、之前的检查结果、丹医生的检查记录以及之前在县医院和我们医院的一些入院记录。之后我还会亲自为他进行检查。

布兰维尔太太所说的大致没错，不过医院的病历上记录得更为具体，而且着重提及了某些事实。尽管布兰维尔先生三年前戒了酒，但他之前的确严重酗酒。在许多年以前，他还经历过一场车祸，受了脑外伤。此外，精神科医生还将他诊断为“精神分裂症类情绪”（schizoid-affective）。这是一项极为笼统和随意的诊断，它意味着我们可以随意将布兰维尔先生的病情解读为“精神分裂症”、“躁郁症”或者仅仅是“抑郁症”。让这项诊断显得更为有趣的是，未得到治疗的“精神分裂症类情绪”患者往往会用酗酒来缓解自己的精神困扰。尽管我怀疑布兰维尔先生是否的确有精神分裂症类情绪，但是很少有这类患者会拥有自己的建筑公司，几栋大房子，与妻子携手五十载还有六个子女在侧。所以，这

样的诊断或许出自一个刚刚听过课的、过分热情的实习医生之手。

阅读布兰维尔先生病历的时候，我一直试图弄清楚导致他深重但安静的痴呆症的病因。他的确被诊断为阿尔茨海默病，这样的结论由一个医生传到下一个医生，但是我很清楚真正的阿尔茨海默病患者不是这样的。他所患的既不是因为神经纤维缠结和细胞外斑块导致的、发展迅速的、传统意义上的阿尔茨海默病，也不是后来被定义成非其他原因导致的痴呆。实际上，导致他痴呆的原因有很多。他严重酗酒，后者导致大脑被酒精浸润，和一种被称为“科萨科夫综合征”（Korsakoff’s syndrome，健忘综合征）的痴呆症。他过去车祸导致的脑外伤会导致受到创伤的脑组织功能逐渐衰退，最后变成创伤后痴呆所导致的脑软化症（encephalomaliacia）。如果他真的患有“精神分裂症类情绪”，那么那应该是抑郁症导致的“假性痴呆”，而其中的一些症状看起来和痴呆症的很相似。几乎可以肯定的是，他复杂的病情中一定掺杂着多发脑梗死性痴呆的情况。患有这类疾病的高血压患者往往在不被外界知晓的情况下经历过多次轻微的脑卒中，而这些会逐渐摧毁他们的脑功能。考虑到他所表现出的呆板、眨眼少和动作缓慢的状况，我怀疑他患有的是帕金森病和相关的路易体痴呆，这两种疾病都有可能导致痴呆症。

但在我仔细看了他的病历记录之后，认为布兰维尔先生应该就和这里大多数病人的情况一样，是由多种原因一同导致的痴呆。我开始认为痴呆症好比一个多项式方程，也好像一份成分复杂的奇怪食谱：三份多发性脑梗死，两份酗酒，一份脑外伤、抑郁症，外加药物副作用。

破译这份食谱的关键在于找出其中可以治疗的组成成分。比如，患者们正在服用的某种可能导致他们头脑不清醒的药物；功能或亢进或低下的甲状腺；某种维生素的缺乏；血液成分不平衡或者抑郁症。这些病症都有方可医，并且此种治疗可以在很大程度上缓解痴呆症的症状，例如说，足以让患者回家休养。

导致布兰维尔先生痴呆症的病因不包括上述罕见但可以矫正的因

素。他看起来确实很抑郁，并且服用了很多的药物。我们可以试图将他的药物减量，直至完全停掉某些药。此外，我们也会试着治疗他的抑郁症。我告诉布兰维尔太太，我们会观察治疗的效果。

我们花了一年多的时间让布兰维尔先生完全停药，并在此过程中治疗他的抑郁症。我真希望看到他取得显著的进展，但结果事与愿违。在医护人员的照料下，他依旧保持着整洁，胡须也刮得十分干净。和刚入院时一样，他脸上总挂着微笑，手指在桌面上敲打。布兰维尔太太照例每天来医院探望他，给他带来家里的饭菜。有时，她也会将布兰维尔先生接回家，但每次仅仅是小住几天后就不得不把他送回来。一部分原因是她自己也患有肾衰竭，一周须做三次透析治疗。另一方面也是因为布兰维尔先生的疾病并没有好转，也没有恶化。这就更加排除了阿尔茨海默病的可能。他的情况依旧，仿佛过去那个自己的一个令人感伤的影子。这提醒着我们生命苦短，每分每秒都要活得精彩。

后来有一天，布兰维尔先生表现出痴呆症最古老的症状之一。那就是，即便一个病人的失智程度已经很高了，甚至丧失了心智，可是他的灵魂和生机一定还在某处。

*

现在，全院每间病房都配有一名活动治疗师（activity therapist），E6病房也并不例外。要知道，活动治疗师们的任务艰巨，他们每天要在病房里组织活动，这些活动要将痴呆症患者和伤残病人们也囊括其中，而这类病人的病情大多极为严重。活动可以锻炼病人们的关节和肌肉，刺激他们的大脑思维，同时也促进他们的社交能力。我虽不了解一名活动治疗师接受过何种培训，但是和医疗体系中其他新型的专业人士的培养过程一样，他们所接受的训练无疑是时间漫长且极为严格的。

活动治疗师们几乎都是女性，她们聪慧而友善，真心实意地爱着自己的病人。她们的热情在轮椅躲避球、猜谜、读报、扑克、二十一点游

戏和带着病人们用便携式烤炉烘烤点心的过程中展现得淋漓尽致。不过我不太喜欢“活动治疗师”这个头衔，这个词显得没有人情味儿，也没有将她们的努力表达出来。在这样的表达上，法语似乎更胜一筹。“活动疗法”在法语中被称为“生机”（animation），“活动治疗师”则被称为“赋予生机者”（animatrice），表达得更为形象生动。正是这样“赋予生命”的过程将“生机”注入到了患者体内，让他们生机勃勃。即便是患者的生命已经逝去，这股生机之力在离开肉体之后都不会消散。

活动治疗取代了医院之前让病人们做的所谓“工作”。尽管发明了我们熟知的“痴呆症”一词，但是皮内尔医生发现适当的劳作具有治疗的效果。[注]因此，他给自己的痴呆症病人布置了日常的杂务劳动，比如园艺、缝纫和做饭。早期的深池医院也会让有劳动能力的病人做一些力所能及的事情，他们会耕作医院的25公顷（0.25平方千米）土地，编织自己坐的藤椅，缝制医院用的绷带等。就算到了莱斯特小姐当护理部主任的时候，护士长们还会安排力所能及的患者给其他患者喂饭、读报、推轮椅等等。

当我来到深池医院的时候，他们已经停止了这套工作制度。因为其中所涉及的过程复杂，容易出问题，也减少了工会的工作岗位。所以，医院只剩下两名患者在小卖部工作，向病人们售卖糖果和剃须用品。此外，唯一还在“工作”的，只剩下桑切斯先生。他是一名糖尿病患者，并因为糖尿病失去了一条腿。即便如此，他还是依靠着自己的木推车为全院1178名患者送报纸。他不领工资，但他热爱这份工作，并且每一天都微笑着进入每一间病房。

然而除了上述三名病人，医院聘请了领薪水的工人来完成以前其他病人做的工作。为此，医院另外雇用了活动治疗师来为患者们提供活动疗法。

患者们最钟爱的活动之一是舞蹈。每逢情人节，医院有面向全院患

者及医护人员开展的正式舞会。每周，还有以楼层为单位的舞会。每周舞会的规模可供三间病房的人员参加，总共90名患者坐在列成排的折叠椅或者轮椅上。医院准备了音乐，会有护士先跳起来，然后迎接想要一同起舞的患者。

所以，也就是在每周舞会的这一天，当我走到E6病房的转角处时，就听到有志愿者在演奏钢琴、布吉伍吉爵士乐，三位矮胖而年轻的菲律宾裔护士正在跳吉特巴舞。

她们看起来并不擅长舞蹈，动作僵硬缓慢，却透着热情和真挚。所以，我不禁停下脚步观看。患者们以不同的坐姿坐着，或观看或睡着，没有人鼓起勇气加入护士们的舞蹈。忽然间，一位护士伸出双臂将一位患者拉起来共舞，这位患者正是布兰维尔先生。

他站在这位护士面前定了几秒，显得迷茫而迟疑。接着，他稍稍摇晃了一下，我都担心他会不会倒下。他下巴松弛，嘴巴微张，迷惑地瞪着护士。然后，他慢慢抬起自己的右手，握住了护士的左手，又用自己的左手拉住护士的右手，开始舞蹈起来。即便布兰维尔先生已经不记得如何说话，如何自理，甚至就快忘记怎么进食，可他的舞步并不差。

实际上，他跳得非常好。在和这位护士跳了几轮后，他非常绅士地伸出手，向另一位护士发出了邀请。这位护士接受了邀请，并向布兰维尔先生走近。接着，他抬起手臂，让护士在手臂下转着圈。随着护士或近或远地旋转，他脸上绽放出微笑，这微笑只有一点点。此时的布兰维尔先生完全控制了场面，充满了阳刚的魅力，仿佛一下子又回到了年轻的时候。我很惊奇，即便布兰维尔先生已经快忘记了所有事情，但他依然记得如何起舞。在舞蹈中，他记起的不仅是舞步，还有他的姿态、风度和魅力。

最后，音乐戛然而止，布兰维尔先生也停下了自己的舞步。他又弯下腰，弓着背，恢复了往日麻木的状态。他忘记了刚才的舞蹈，跟随护

士回到了自己的病房。

但是，我却一直没有忘记他的舞蹈。在那之后每当我在早晨查房时，看见布兰维尔先生在轮椅上僵硬地坐着，左脚不时地点点地，用手在面前的桌上敲打出一段节奏的时候，就会以与之前不同的思维去解读他的这一切行为。我知道，当他看着自己的手，同时脸上绽放出微笑的时候，一定是在等待格伦·米勒的音乐再次在病房里响起。

在那之后，每当我经过痴呆症病房的其他病人时都不禁会想，哪一种音乐会使他们也站起身舞蹈呢？他们无表情的脸庞下都隐藏了什么样的故事？他们低垂的眼帘后，都暗涌着什么样的世界？

很久以前，圣伊西多尔[注]曾写过，痴呆症患者们证明了即便没有精神，生命也可以继续下去。[注]我理解他想要表达的意思。圣伊西多尔说的是那些依靠饲管维系生命的患者。他们静卧在病床上，一动不动。不过，他补充道，有些时候即便痴呆症患者们失智了，他们的灵魂和生机也依然存在。这一点，我从布兰维尔先生身上真正地体会到了。无论患者的痴呆症看起来有多严重，在他们的内心深处也一定保存着自己的生机和灵魂。多希望我们能去到那个地方亲眼看看！

*

不仅布兰维尔先生给我上了生动的一课，他的妻妹[注]罗娜·梅也让我受益匪浅。

罗娜·梅是布兰维尔太太的妹妹，她没有姐姐那么美丽的外貌和匀称的身材。她和布兰维尔太太一样高挑，肤色较深。在我对布兰维尔先生那一年收效颇微的治疗中，有一天她突然出现在了布兰维尔先生的病床旁。当她看到我的一刹那，就迸发出热情的微笑，脸上绽放出光芒。她问道：“是你吗？你是不是米兹·阿特曼的重侄女？”

我看着她，回忆了半天。

“你的母亲和姐妹们都还好吗？你现在过的怎么样？”她问道。

突然间，以前的记忆都涌入了我的脑海。许多年前，罗娜曾经照顾过我的曾姑母贝丝。我记得，我坐在年迈虚弱的曾姑母身边，看着罗娜走出厨房，给贝丝端来汤。我还记得她曾经来参加过曾姑母的葬礼。

当时，她和其他两位朋友一同参加了葬礼，她们一起坐在后排。这是一场正式的葬礼，出席的大多是满头霜雪的白人，男士身着西装领带，女士多穿黑色套裙，身上点缀着珍珠首饰。因为我的曾姑母并非教徒，所以代替宗教仪式的是一位大提琴手和一位小提琴手合奏的巴赫乐章。我坐在小礼拜堂的侧边，当时的气氛忧郁而充满哲思。白发的白种老人坐在前排，安静地聆听着大小提琴的合奏曲，在死亡面前尽力梳理着生命的意义。

我注意到了后排的罗娜·梅。我不太清楚她参加葬礼的原因，有可能是来哀悼，也可能是来送曾姑母一程，也有可能是出于一种工作结束而带来的成就感，因为照顾曾姑母的任务终于圆满结束。她并没穿黑色的礼服，身着的是一件深紫色的丝绸裙，头戴一顶很大的紫色毡帽，上面还装饰着一根下垂的绿色羽毛。看起来，罗娜并不忧伤也不低沉，她自信地端坐着，脸上充满了一种圆满的感觉。我想，这是因为在坚信永生的她看来，曾姑母已经走上了重生的道路。葬礼当日罗娜·梅的自信表现和配着绿色羽毛的紫毡帽成了我首部发表的文章中的焦点。

而十五年后的今天，她又再一次出现在我面前。

此时，坐在姐夫床边的罗娜用充满期望的眼神望着我，好像在问“我能为他做些什么吗”，那一刻让我内心为之一震的是我与罗娜角色的转换。当初，我坐在亲戚的病榻边，她是提供帮助的人；此刻她坐在亲人的床边，而我变成了施予援手的人。正是这样的角色变换使我内心

感受到深深的震撼。我弄清了一直以来疑惑的地方：为什么“医院”（hospital）的词根会是“好客”（hospitality）；而“好客”的词根又是“hospes”，这个词既可表示“主人”，又可以代表“客人”。

在古罗马，“好客”（hospitalitas）一词的意思是照顾旅人、陌生人和朝圣者。但前提是被照顾者和提供款待的人属于同一社会阶层，因为下次他们可以转换角色，由这次被照顾的人来提供款待。因此，罗马人的款待在某种程度上来说是一种公平交易。这种行为背后的思路是，任何一位主人都有可能在其他场合中变为客人。也就是说，主客的角色是可以互相转换的。

罗马帝国崩溃之后，曾经的别墅美宅被修道院取代。许多罗马时代废墟中掩埋的社会契约，也逐渐被取代，尤其是待客之道。但是，修道院的待客之道与之前的完全不同。因为修士和修女们敞开修道院的大门，款待一切有需要的人们。他们不像罗马人一样在意他人的社会阶层，无论穷富、健康还是疾病，从旅人到朝圣者，从穆斯林到犹太教徒，他们一律接纳。他们这么做的原因是参照《圣经·新约全书》中的马太。(注)圣徒马太曾经引用耶稣的话说：“这些事你们既做在我这弟兄中最小的一个身上，就是做在我身上了。”修士们对这句话的解读是，任何来修道院的客人都可能是耶稣基督，因此，要敞开大门欢迎每一位来到修道院的人。也就是这样，罗马时期的待客之道逐渐演变成了中世纪的修道院礼仪。

在我和罗娜·梅认出对方的一刹那，我也明白了为何在拉丁语、法语，甚至英语中，“主”和“客”的概念都没有被区分开，也没有一个词可以将这两个概念完全彻底地拆开，因为它们本就是一样的。我认出罗娜的时候，突然明白了其原因：那就是我们的角色实际上是可以转换的。在很多情况下，“好客”的核心意义是主客的同一性。无论我们当下的角色是怎样的，都只是暂时的安排。当时间流逝，季节更替，当初的主人踏上旅途变成了客人，原来的客人回到家中重新成为主人。这就是“好

客”一词背后的密码。在医院，这样的角色互换性则表现得更为明显，因为此刻的每一位主人都会有成为客人的一天：每一位医生都可能变成病人。

这就是我在与罗娜重逢时所想清楚的一些事情。我自己有一天也会从现在的主人身份变成客人，以患者的身份客居在一家医院中。这事实听起来虽让人感觉冰冷凛冽，但却是生命旅程的本质。

曾经，布兰维尔太太的妹妹照顾了我的曾姑母，现在，我在照料她的姐夫。我教导医学院的学生们要成为有良知的好医生，这样做绝非毫无私心，因为总有一天我会以病人的身份被他们照顾。有一条金科玉律，或许有点自私，但却充满道理：己所不欲，勿施于人。因为总有一天，他人会将你今天对他们所做的以直接或间接的方式“回报”给你。

正因如此，这种无差别的主客关系和待客之道应该是医院的核心价值。这也是我从罗娜·梅身上体会到的。

尽管我从没听到过人们直接谈论这样的道理，但在深池医院工作的时间越长，我越清醒地认识到，医院的首要职责并非医治、护理或者预算平衡，而是为每一个叩响医院大门的患者提供周到的照顾。因为这个患者可能就会是你。

*

在我逐渐认识布兰维尔先生一家人的这段时间里，医院的政治处境变得更加复杂。司法部对深池医院下的指令更是苛刻至极：如果市政府不对深池医院侵犯病人隐私权的行为进行整改，那么深池医院将会被强制关闭。

对此，斯坦恩医生花了整整一年的时间将所有可选方案进行完善整理。他研究过关闭深池医院，然后用省下来的费用支付原住院病人在家

接受护理的花销；他也想过在市内建立多家迷你医院；他想过翻修医院现有的老旧建筑；最后，他还考虑了花费最高昂的一种选择，那就是拆除现在的深池医院，然后原址重建一家可容纳2000名患者住院治疗、配备最新医疗设备的现代化护理机构。

这几种选择都花费不菲，大致要花数亿美元。这似乎成了一个无解的问题。有时，我甚至在想，斯坦恩医生会不会如我偶尔想过的一样，有过干脆彻底关闭深池医院的想法，因为几乎其他所有的县都关闭了疗养院，那里的人看上去好像也适应了下来。的确，这些地方的私人医院比我们市里的还要拥挤，他们的街上也出现了更多贫穷的病人。或许情况并非如此，我们这座城市就像一块磁铁，吸引了来自美国各处的患者。所以，无论斯坦恩医生构想中的新深池医院规模有多宏大，都永远无法满足这么多病人的需求。

可是，即使斯坦恩医生考虑过这一点，他也从未宣之于口。经过深思熟虑，他最终的建议是重建一家新型的，具有现代化设备的大规模医院。这家医院的规模要足够大，可以容纳一波又一波虚弱的老年患者、赤贫的残疾人和随着婴儿潮那一代人的衰老而充斥我们城市的精神疾病患者。

随后，他向市议会提交了自己的建议。注市议会在听到这项计划的预算时惊呆了。5亿美元！值得庆幸的是，不是所有的开销都来源于纳税人，其中的一半会由烟草公司承担，他们需要为因吸烟而导致的肺部疾病对市政当局做出补偿。不过，另一半资金将不得不以发行债券的形式向市民们募集。发行的前提是这一债券计划要得到市民投票中三分之二的赞成票。由于年景不好，市长并不愿意将这一项议案拿出来让市民们投票。他知道这个提议会失败，所以不愿意为之付出无谓的努力。不过最终，市长还是在压力下妥协，将发行债券为新深池医院募集资金的议案提出来供市民投票。注

反对这项提议的人有很多，但是由于人们都认为它的赢面不大，所以反对力量都没有做出激烈的反应。共和党人反对这项提议，原因是他们认为深池医院的病人可以在其他医疗机构以更低的成本接受照顾，所以没必要花钱去重建深池医院。市长的政敌反对这项议案，认为重建医院是市长为了回报支持他的工会而做的无聊的事情。残疾人活动家同样反对，他们主张残疾人有权在家休养，市政府应该出资为残疾人提供住处或者舒适的居住环境，这样他们就可以在社区里休养了。

所以，综合考虑这些因素后，斯坦恩医生的提议只招致了不温不火的反对声浪。

相形之下，支持深池医院的力量更加热情、有组织和积极。支持重建的论据长达35页。建筑家协会认为无论修建一家新医院的花费会多么高昂，都会比其他备选方案划算。工会宣称，一家新的医院能给市民提供就业机会，并且给残疾工人提供福利保障。来自护士、医生和患者们的声音是无论花费多少，修建一家新的医院都是值得的。除此之外，艾滋病患者、西班牙裔、非洲裔美国人、亚裔和天主教徒群体都支持重建一所新的医院。

还有莱斯特小姐，尽管已经退休了，她依然活跃在与医院相关的政治事件中。可以这么说，除了她，其他任何支持发行债券以支持医院重建的声浪都是出于个人利益考虑的。莱斯特小姐甚至都没有发声，只是在纸上写下：44年来，我在深池医院照顾了数千名兄弟姐妹。他们中的有些人康复回家，有些人在医院里不失尊严地度过了自己生命的最后一刻。我非常确信，深池医院必须永远成为我们城市的一部分。因此，请支持A提议。

市民们听从了莱斯特小姐的号召，投了支持票。结果很令人吃惊，也十分出乎意料。在这个经济不景气的时期，人们面临着失业、通货紧缩和令人不安的未来。尽管如此，斯坦恩医生的提议还是以接近三比一的票数比通过了投票。如斯的时代，尽管不是人人需要救济院，但是它

的存在也着实令人心安。无论如何，斯坦恩医生、市议会和市长还是对这一结果大为吃惊。他们用手挠挠头，笑了起来，又皱起了眉头。接下来，他们开始实施计划，筹集那重建所需的5亿美元。

*

我花了很长时间才相信我们的医院将会关闭，之后在我们的隔壁会有一间规模宏大，配备最昂贵的医疗设备的新型医院拔地而起，这实在让人倍感压力。于是，我越发珍惜每周二、四、六可以躲在图书馆研习希尔德加德和前现代医学的时光。在瑞士研究了她的医疗体系结构和行医实践之后，我现在开始去理解她的医疗理论了，也就是她如何将对病人的治疗概念化的理论框架。

对于我们，对于现代医学来说，我们的基础框架是细胞。我们的生命起源于一个单一细胞，也就是受精卵。接下来，受精卵发生分裂，并且分化形成了组成我们身体的所有种类的细胞。在我们看来，每个细胞内部都好比某种化学工厂，有生产设备、通信装置和动力机械。控制这些机器的程序都隐藏在名为DNA（脱氧核糖核酸）的密码中。每个细胞都在DNA的指示下工作，并生产出生存所必需的化学物质。为了与其他细胞交流，每一个细胞将特定的化学物质分泌到血液中。在血液中，不同的细胞进行循环和互动，修改着彼此的DNA序列。就这样，不同细胞联合成了整个的生命体。

现代医学就是以这种工业化、机械而直观的方式来理解生命的框架的。人体就像一座充满工人的工厂，一台由不同零件组成的机器，一个由细胞组成的共和国。它们顺从、勤奋，为了共同的利益而团结在一起。我们体内的细胞尽管复杂，却有着清晰的法则。总而言之，它们运行的法则有序、合理且可以预见。一旦理解了细胞，就很容易可以弄清楚人体内每个器官的运行规律，从而搞清楚疾病是如何造成伤害以及药物是如何起到治疗作用的。

于是，我问自己，希尔德加德又是在怎样的框架下如何理解机体的？在她看来，什么才是发自自然的人体内部模型？如果说细胞模型帮助我理解患者，那么这种模型如何为她治疗病人提供指引？

我花了很长时间才弄清楚希尔德加德的框架。直到现在我也不确定自己的理解是否全面，但至少我能够将自己放在她的框架里，时不时还能用上这个框架来分析患者、解释某种疾病和阐述药物的作用，这让我可以跳出现代医学的体系来思考。即便希尔德加德的框架不同于细胞理论，但是却让我觉得并不陌生。它运用我们对于生命体最原初的理解，这种理解被保存在我们的词源学和谚语中。替代疗法、顺势疗法、自然疗法(注)甚至占星术都使用了这种前现代的模型。这对于现代思维来说无疑是具有吸引力的。

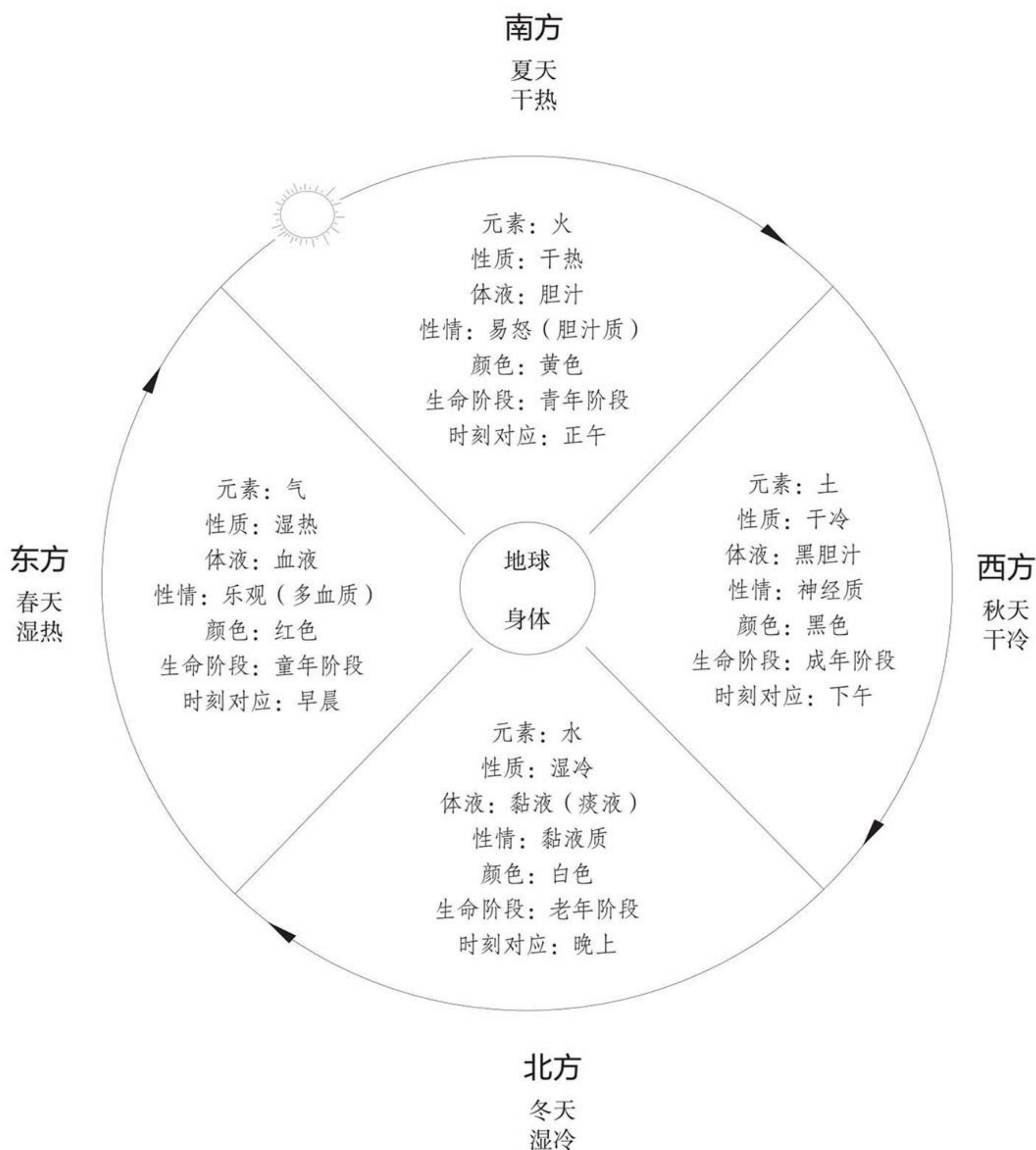
希尔德加德的框架是建立在前现代医学的经典体系上的。这一体系就是体液医学，或被称为四元素体系。那么，四元素体系的“四”又是什么呢？说起来就有很多了，而且它们都相互关联：四种元素、四种气质、四种体液、四种方向、四种颜色、四种脾气、四种年龄、一日的四时和一年的四季。

最好的理解方式是画一张图表。(注)

图表可以帮助我们看清四元素体系。世界是建立在土、水、气和火四种基本元素之上的。它们各自占据图表的一个角。每种元素又具有冷、热、干、湿四种特性中的两种，土冷而干，水冷而湿，气热而湿，火热而干。

和世界一样，人体同样由四种体液组成：血液、胆汁、黏液和黑胆汁。正如四种元素分别具有两种特性一样，每种体质也有对应的元素。血液湿热，对应气；黏液湿冷，对应水；胆汁干热，对应火；黑胆汁干冷，对应土。在图表中，四种体质对它们相对应的元素一同分散在四个角。

四元素体系



由于冷热干湿同样是天气和气候的特质，相当于气温和湿度，所以四种元素和四种体液也分别对应了四季，并在属于自己的季节中增加所占比例。例如，春季湿热，在人体外，气在四元素中所占的比例就会增加。而在人体内，血液的含量也相应增加。夏季，气候干热，人体内的

胆汁比例随着人体外的火元素占比一同增加。到了秋季，干冷的土元素让体内的黑胆汁体液含量上升。冬季，湿冷的水分促发体内的黏液增加。这样的节律不但适用于人体，同样适用于动植物。

随着岁月流逝，太阳按照顺时针方向围绕地球运转（前现代地心说的宇宙观是这么认为的），四季交替，随之而来的是四种特质的轮换。比如说，由春到夏，人体内的主宰由血液变成胆汁。相应的，人生也有这样的轮换。随着人从年轻到迟暮，特质也从湿热变成了干冷。因为健康来源于人体内四种体液的平衡，所以保持健康的方法就是依照季节来补偿体内缺乏的相应体液。

希尔德加德的整体养生法就应运而生了。养生法中包含了会随着季节变化的所有领域：我们的饮食、运动和休息的强度、性活动和情绪变化。举个例子，由于夏季的特征是干热，希尔德加德就特别开出了一套性质湿冷的养生方：用啤酒取代红酒，用温水浴代替热水澡，减少性生活的频率，舒缓压力，多加休养。

受季节更替影响的不仅是人体的脾性，动植物亦然。实际上，每一种植物都有自己内部冷热干湿的平衡。每种特质的多少可以从它们的味道进行判断。直至今日我们依然这么做，不过已经只为酿酒之用。植物可以利用体内的四种体液与季节更替相抗衡。希尔德加德的许多草药方子也利用了植物的这些特性，以此充当药用价值。如果治疗麦考依夫人的感冒和痰湿水肿，希尔德加德会选取干热性的植物；如若治疗布兰维尔先生那冰冷干燥的脑袋，希尔德加德则会选用湿热性的草药。希尔德加德以园丁的视角，依据每位病人独特的体质，用植物的药效或冲抵病人体内过剩的体液，或补充患者的不足。也就是，根据季节的特性，中和患者体内的干湿冷热。

尽管花了许多时间，但我最终还是理解了为何前现代医学在那么长的时间内一直有很好的治疗效果，却迅速失宠于世人。希尔德加德四元素体系的基础是对季节对植物、动物和人体的影响的最简单观察。这一

体系是一个整体，其下潜藏着园艺学的象征关系，并且完美地映照了前现代时期的农耕生活。然而，随着现代工业化社会的到来，尽管有些突兀，但希尔德加德的医疗体系还是自然而然地被湮没了。

*

斯坦恩医生用来筹划医院重建事宜的时间似乎同我花费在理解希尔德加德理论上的时间一样长。

实际上，他花了四年时间。这些时间被用来销售募集重建资金的债券，收取烟草公司的首笔补偿金，获得建筑许可证以及选址。最终，新医院的地址被确定在现在的主楼和更为古老的克拉伦登大厅之间的山谷里。从希尔德加德四元素体系的角度看，这个选址是不太利于健康的，因为它缺乏干燥的阳光和清新的风。但是，从斯坦恩医生的角度来看，这一地址则非常适宜，因为这里空旷且远离周围的社区。

他计划当新的医院建成后，部分拆除现在的深池医院，并在原址上新建一个多层停车场。不过，深池医院并不会被全部拆毁，因为主楼的前半部分被登记在历史古迹名录（Register of Historic Places）上，所以，它将免于机械手臂的“屠戮”。这一部分将被翻新，然后作为市政府的办公室。毕竟，它是一栋古旧而美丽的建筑，还有远眺城市和海景的绝佳视野。

最后，斯坦恩医生的准备工作都完成了，首先开始实施的是小心翼翼的考古挖掘。[注]如果在挖掘过程中发现任何人骨——这可能是美洲原住民的墓葬——那么工程建设就会立即停止。令人意外的是，整个挖掘过程顺利得令人怀疑，在此过程中没有一具骸骨被发现。考古学家们只挖出了各种各样的威士忌酒瓶，种类之繁多简直可以开一间威士忌酒瓶博物馆。有的酒瓶甚至有百年历史，应该是当初被恶棍患者们随意丢弃的。

然后，就是奠基仪式的派对时间了。院方选定了日期，并向即将离任的市长、下任市长、市议会、斯坦恩医生、媒体，以及深池医院的全体医护人员和患者们发出了邀请。

我当然参加了开工仪式。

举行仪式的那一天天气非常不好，不仅是这座城市里常有的阴郁大雾天，还飘着蒙蒙细雨。不过，志愿者和护士们都给患者们找到雨伞，甚至把很多橘色的连身防水衣都找来了。此时，高官们纷纷到来，在戴好安全帽和手套亮了个相之后，缓缓走向讲台。即将卸任的市长戴着黑色软皮帽，身着长长的羊绒大衣。刚当选的候任市长脸上带着婴儿肥，头发梳向脑后，绽放出灿烂的微笑。本市检察官的金色卷发高高梳起，穿着高跟鞋和短裙出席。院长穿着笔挺的黑西装，身材有些矮胖，比刚上任时明显老了很多。他身边有一位坐在轮椅上的患者。

从山谷中我所站立的地方，可以看见原来的深池医院在我们的头顶高高耸立。我可以看见它方形的钟楼和红瓦铺成的屋顶。树木沿山脉一路向下，延伸到我们站立的地方。乐队身着黑色礼服，上面点缀着金色的纽扣。他们拿着擦得锃亮的铜管乐器演奏二十世纪二三十年代以及四十年代的大乐队风格乐曲。现场提供的食物也很多样，有熏三文鱼、黑咖啡，甚至还有法国香槟可供健康的人和坐着自动轮椅的患者自行选择。有几位身穿橘色连身衣的病人在人群中穿梭，其中的一位实在与此刻的环境太格格不入了，以至于我都忍不住多看了他几眼。他身材高大，面无表情，发须皆白。他齿间有缝隙，还表现出帕金森病人特有的步态。

小雨下了又停。每位来宾似乎都有话要说。即将卸任的市长、本市检察官和医院院长诉说着说服市民赞成重建医院的过程何其艰辛。更加讽刺的是，他们甚至向烟草公司致以谢意，因为若不是他们，市里很难筹集到新建医院所需的5亿美元。要知道，这笔花销是现深池医院建设经费的50倍，是深池医院最初那栋四层楼的建筑费用的5000倍。

最后发言的是那位坐在轮椅上的患者。他拿着麦克风，远眺着人群。他说，市政府决定新建一家医院是很好的一件事，是值得赞赏且非常慷慨的行为。不过，他还是有些担心。我们这时都抬头望着远处雨中的旧深池医院，它耸立在这位患者背后的群山之上。在他看来，深池医院里拥挤的病房好像一间大的储藏室，又像是一块海绵，或是一具苍老的躯体，里面储藏了在这里发生的一切。而深池医院也被所发生的事情微妙地改变着。无论发生什么，深池医院都以它或大或小的善意，或悄悄隐忍，或怀着勇气承受，最终都默默地扛了下来。又或者以前的深池医院的气氛就像一座古老的教堂，有着焚香的气味和陈年的霉味。其实，深池医院就是一座老房子，有它的历史，里面住着它自己的魂灵。

他说的没错，当我走在医院病房里，沿着隐匿的回廊漫步时，我的确偶尔觉得周围有魂灵存在。深池医院就像一座老房子，过往的病人、伤痛、死亡和庆典的“见证者”居住其中。

他继续说，总而言之，新建医院是一件好事。既然我们即将会有一座新的建筑，收获洁净的窗户和亮丽的墙面，那么旧有建筑的魂灵又会面临何种结局呢？一切老旧的病床、衣柜、窗帘、图书馆的橡木椅子还有护士站的木桌子，都将会被丢弃。但是，深池医院的历史精神将被继续传承至新的医院，传承到我们所有人——深池医院的患者、工作人员和来访者身上。此时，他结束了自己的发言。

我们都知道这位患者的期望，但我不确定这是否真的能够达成。当人们从一间旧房子搬去新居，把旧家什都置于脑后的时候，究竟带走了什么呢？在一间铺陈着新地毯的亮丽的新建医院中，满眼净是耀眼的白墙、干净发亮的门把手和修饰得棱角分明的家具，我们如何还能想起，又有什么能够让我们铭记以前的病人和传统呢？

还有寄居在深池医院的魂灵们，我无法想象它们会随我们一同乔迁至新医院。它们没有了破旧的家具，没有了包裹着已经磨损的瑙加海德革安乐椅以及干燥起皮又几经粉刷的斑驳墙壁，我真担心深池医院的魂

灵们在装有空调系统、用电脑设计的新医院里是否住得习惯。所以，我认为与其和我们一道搬走，它们会继续待在旧深池医院，在这座它们习以为常的旧建筑里逡巡游荡。而且，既然市政机关随后会搬进深池医院（当然要等到翻新过之后了）办公，这些魂灵留在这里或许还能做更多好事。

因为即便经过翻修，深池医院的旧墙、单间和有屋顶遮掩的过道也依然会被保存下来。要知道，这些可都是魂灵们的住处。这里将会坐着市政政策的制定者和执行者，他们的神志可能突然就会因为酒气和禁止很久的烟味、轮椅的吱吱声、无形的钢琴发出的音乐声以及大厅里鬼魅的低语和洗牌声而陷入一阵恍惚。

*

不过，走回山上的时候，我才意识到这些事很久以后才会发生。

我们现在连施工的蓝图都没有。但可以想象，新的护理设施必然与往日的样子完全不同。新的医院里一定会有单人病房和纯平电视等一切现代化的配备。这家"医院"会反映出其词源学上更接近"酒店"意义的那一支渊源，而非"修道院"的一支血脉。这里不会再有开放式病房来促进患者们的交流，也不会有宽敞的回廊来让医生护士们召开临时会议，更不会有罗马式的拱顶时刻提醒我们"医院"的宗教及精神内涵。我们再也看不到小教堂里的日光浴室和供驻院修士住宿的角楼了。其实，我并不确定这些具有历史感的建筑在促使我们实践旧时医院的宗旨上起到了多大程度的作用，但是我的确怀疑我们是否能将旧日的精神带进新的医院。

或许，在仪式上发言的那位患者是对的，医疗精神并不仅仅存在于建筑里，抑或是其中储存的回忆、魂灵和对中世纪医院的怀念。医疗精神或许其实应该存在于人心中，在医生、护士特别是患者的心中。或许，新建的医院还会一如既往散发出温柔和热情的气息。

至于结果究竟如何，我想我迟早都会看见。现在，我还有许多可以从患者身上学到的，特别是从我的新病人托马斯·蒂尔先生还有他的太太蒂尔夫人的身上。

---

1. 在整理索引卡片的时候，我发现E6病房的34名病人可以被清楚地划分为三组。一组是很老的病人，其平均年龄为89岁（最小的82岁，最大的96岁）；年龄适中的一组，平均年龄为66岁（最小的63岁，最大的71岁）；较为年轻的一组，平均年龄为50岁（最小的44岁，最大的60岁）。他们的年龄与他们身处E6病房的原因是密切相关的：最老的那些人处于一种衰弱无力的痴呆状态之中；年龄适中的那些人是因为高血压、糖尿病和频发脑卒中而罹患痴呆；最后的年轻组则是因为头部创伤、精神疾病和毒品上瘾，通常还混有某些罕见疾病。

2. 试图理解痴呆症历史的一个难点在于，我们现在称其为痴呆症的病症并不总是只有这一个名字，而曾经被称为痴呆症的病症不一定就是我们现在所说的痴呆症。比如说，用古希腊语写作的医生盖伦将老年人的健忘称为morosis，而像塞维利亚的圣伊西多尔这样的早期拉丁语作家们则将其称为amentia。关于这方面的历史，参见Axel Karenberg和Hans Forstel合著的“Dementia in the Greco-Roman World”，收录于Journal of Neurological Science第244卷（2006年刊）第1—2、5—9页；以及Frances Boller，“History of Dementia and Dementia in History”，收录于Journal ofNeurological Science第158卷（1998年刊）第125—133页；还有N. C. Berchtold与C. W. Cothman合著的“Evolution of the Conceptualization of Dementia and Alzheimer’s: Greco-Roman Period to the 1960s”，收录于Neurobiology ofAging第19卷（1998年刊），第173—189页。
   Amentia和dementia都出现在希尔德加德的文本中，她的处方显示出她认同盖伦的看法，也就是说这种疾病是由脑的冷却和失水引起的。举例来说，“凤仙花这种药草的热性大于寒性。而如果病人痴呆了，就让他经常饮用由凤仙花和茴香制成的药水。而他的养生法中应该使用黄油代替植物油，也不能饮红酒甚至是清水，而是要喝啤酒。他应该避免食用干性食物，而是应该食用成熟且柔软的食物，这些食物可以为他的血液增加优质的汁液。”（出自希尔德加德《自然史》第195章“凤仙花”，对应手稿197卷，原文为拉丁文，作者将其译为英文。）这些建议看起来是为了使干冷的大脑变得温暖和湿润。

3. 阿罗伊斯·阿尔茨海默（Alois Alzheimer，1864—1915），德国医生。

4. 西塞罗（Cicero），古罗马作家、政治家。

5. 这段引文出自Henry Maudsley的Responsibility in Mental Disease（D. Appleton and Co.，1976年版）第73页。要了解埃斯克罗关于痴呆症病因的完整名单，请参见其作品Mental Maladies: A Treatise on Insanity（Lea and Blanchard，1845年版）第423—424页。

6. 亨利·莫兹利（Henry Maudsley，1771—1831），英国发明家。

7. “痴呆是一种脑部疾病，通常是慢性的，并不伴随高热，其特征是感觉、理解力和意

志力上的弱化……出现这种病变的迹象是思维没有条理，并缺乏智力和伦理上的自发性。”（Esquirol，MentalMaladies，第417页。）

8. 关于阿尔茨海默医生的发现，请参见David H. Small，Roberto Cappai，“Alois Alzheimer and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷and Alzheimer’s Disease: A Centennial Perspective”，Journal of Neurochemistry，第99卷（2006年刊），第708—710页。奥古斯特·D的照片显示出她更像垂体瘤患者，而非单纯的痴呆症患者。

9. Peter J. Whitehouse和Daniel George的The Myth ofAlzheimer’s: What You Aren’t Being Told About Today’s Most Dreaded Diagnosis（St. Martin’s Press，2008年版）一书详尽地讲述了阿尔茨海默病如何通过重新定义从一种罕见早发性痴呆症变成了一种多发的老年痴呆症。在Small和Cappai的“Alois Alzheimer”一文中可以看到一种相反的观点：他们赞同那种认为斑块实际上就是一种疾病的观点。在尸检中，有45%的痴呆患者的大脑出现了阿尔茨海默医生所描述的斑块和缠结，但令人疑惑的是，大脑有这种现象的人中还有30%并没有表现出临床上的痴呆症状。Whitehouse和George认为，斑块和缠结可能并非痴呆症的病因，而是大脑对另外某种过程的修复应答，而阻碍这些斑块和缠结产生或使其溶解消失的药物可能其实是有害的。

10. 预后，医学术语，意为患者的可能病程、后果和结局。

11. 他雄辩地写道：“没有什么比冷静和平静更值得注意了，此前流行于比塞特医院病人中的正是这两个特点。当时，巴黎的商人们提供了大量的手工劳动岗位，这些岗位吸引了病人们的注意力，而且随之而来的报酬也不错。我购买土地的尝试一直被周围的环境阻碍，也只能采取一些权宜之计，比如说从恢复期的病人中挑选医院的服务人员。如果能使医院周围的广阔空间附属于前者，那么（病人们的）劳动目的就可以彻底实现。或者说，可以将医院转变成一家农场，而在农场中劳动的病人可以接受恢复期的病人的照顾，而耕作所得都会用在病人们自己的身上。”（皮内尔著，Treatment of the Insane，Galt译，第41页）在20世纪70年代，有人根据美国宪法第十三条修正案（该法案禁止了奴隶制度）提起了一些反对“劳役偿债”的诉讼，这些诉讼使得让患者进行劳动的实践不得不彻

底终结（Isaac与Armat著，Madness in the Streets，第139页）。

12. 圣伊西多尔（Saint Isidore），塞维利亚大主教，神学家。

13. “精神（animum）与灵魂（animam）是等同的，但灵魂指的是生命（anima vitae est），而生机指的是理智（animus consilii）。当哲学家们说脱离精神的生命的时候，灵魂仍然在没有精神的情况下继续存在下去。”这句话的英译者是Priscilla Throop，译文摘自Isidore ofSeville’s Etymologies（Medieval MS，2005年版）第二卷第11册第11篇。拉丁文原文为：Item animum idem esse quod animam; sed anima vitae est, animus consilii.Unde dicunt philosophi etiam sine animo vitam manere。作者在这里将animus视为精神，将anima视为灵魂。

14. 原意为“sister-in-law”，并不清楚是妻姐还是妻妹。

15. 参见《马太福音》第25章。这些就是修道院开门迎客的明确基础。“基督与局外人之间的联系是修道院对待客理解的核心。”摘自Julie Kerr著Monastic Hospitality: The Benedictines in Englnad, c. 1070-c. 1250（Boydell&Brewer，2007年版）第26页。

16. 斯坦因医生唯一没有仔细研究的可能方案就是像我在圣布鲁诺医院那里看到的那样——翻修深池医院。他的确发现，翻修过程花费高昂，而且病床数量会减少三分之一。再考虑到婴儿潮一代人中的残疾患者即将集中入院，他认为这是一个愚蠢的选择。然而讽刺的是，三分之一正好也是我们搬去新医院时不得不削减的病床数量。而旧院址的翻新却还是要推进，然而不是为了患者们去翻修，而是为了市政府去翻修。这部分内容摘自“Options for Laguna Honda Hospital: White Paper”。

17. 支持和反对提案A的论点占了22页纸，我试图在这里不偏不倚地叙述它们的要旨。我已经将其论点中的感情因素和谩骂之词删掉了。比如说，残疾人权益促进组织称这座医院是“一间仓库”，而这项债券是“特殊利益者的一场骗局”。而米利亚姆修女写道，她从来没见过像深池医院这样令人鼓舞的地方。市议会以9票赞成、2票反对的结果通过了将这项债券付诸公投的议案——这两张反对票中有一张就是候任市长投的。然而他承诺在奠基仪式上出席，而且后来他还出席了剪彩仪式。

18. 自然疗法（naturopathy），指的是一类不通过药物，而是通过调节生活习惯和环境来改善病情的疗法。需要注意的是，该疗法并不一定认为治疗疾病可以完全不借助药物的作用。

19. 要进一步了解这方面内容，请参见Rooted in the Earth, Rooted in the Sky。另参见Peter S. Baker与Michael Lapidge所编Byrhtferths’ Enchiridion（牛津大学出版社，1995年版）第14—15页。希尔德加德也画了一幅说明这一体系机理的图画，我在开始进行研究的时候对这幅画感到十分诧异。关于前现代地心宇宙观的影响，请参见Giorgio de Santillana和Hertha von Dechen所著Hamlets’ Mill: An Essay Investigating the Origins of Human Knowledge and Its Transmission Through Myth（David R. Godine，1992年版）。

20. 对于考古资源的评估使得这种关切十分明白易懂，参见David Chavez和Jan M. Human所撰“Archaeological Resources Evaluations for the Laguna Honda Hospital’s Institutional

Master Plan”，1994年出版。

第八章
迦拿的婚筵

E6病房不常有新的病人加入。

这里的痴呆症患者出院的可能性不大。大多数情况下，如果我不去打扰他们，他们也不会给我找麻烦。实际上，他们所需要的医疗护理之少，都让人难以想象。他们所服用的稳定血压的药物其实也非必须。在E6病房住了一阵之后，他们的胆固醇值也奇迹般地恢复正常了，糖尿病得到缓解，癌细胞也停止生长了。那些把智力正常、思维深邃的病人的生命夺走的疾病似乎拿痴呆症患者们没有办法。相反，这些病人会跟随着格伦·米勒的音乐起舞，会在桌子上敲击出节奏，每天早晨会读报，尽管有些时候他们的报纸是倒着拿的。他们很少生病，且生命力顽强。

我们允许特穆金先生出院，让他回到他酒吧楼上的那间小单间去住后，E6病房里空出来一张病床，于是我又有了一位新病人。如果说布兰维尔先生的妻妹罗娜·梅教会了我深池医院准则的第一条：医患之间的款待（也就是好客），那么托马斯·蒂尔先生就给我上了第二课，这是关于群居的一课。除此之外，他还让我知道了什么是无私的爱和某种意义上的“复活”。

蒂尔先生住进深池医院的原因是，根据法律的定义，他患有痴呆症导致的“严重残疾”。在收治病房的时候，罗梅罗医生如往常一样对蒂尔先生做了彻底的检查，得出了痴呆症的结论。人们对他的病情无计可施，所以，蒂尔先生被她送到了E6，住在了特穆金先生空出来的半私人病房的床上。这样的安排后来看上去挺好的，因为蒂尔先生的性格多少有些不合群。我在想，目睹各种奇异事情发生的他或许已经忍受开放式

病房很久了。

我第一次见蒂尔先生的时候，他一个人待在房间，右侧卧躺着，将瘦长的身体蜷缩着，被子一直盖过头顶。不过我走进房间的时候他倒是把被子拉了下来，用缓慢的语气向我打招呼。我看得出来，他的面容粗糙，饱经风霜。他蓬乱的发丝苍白而纤细，鼻梁弯曲，看起来像是曾经断过而且一直未被治好。

我很快地查看了一下他的情况。

的确，蒂尔先生患有痴呆症，看起来就是这样。他认为自己现在正在佛罗里达州的杰斐逊纪念医院，这说明他情况不妙；而且他认为现在是1983年，这说明他的情况很糟糕。因为我注意到痴呆症的程度可以用实际的时间、地点和现任总统与病人所述说的时间、地点和总统之间的年代差来衡量，所以，如果患者回答“奥巴马总统和2012年”，那么证明这位患者情况很棒，他很快就会康复，甚至可能出院回家。相反，如果病人回答“罗斯福总统和1936年”，那么则说明他的病情严重，所患的痴呆症基本没有恢复的可能。这么看来，蒂尔先生回答的“佛罗里达和1983年”并不算太坏，但是也算不上好。

之后，我开始为蒂尔先生做体检。他的指尖因为吸烟而染上了尼古丁的颜色，我还注意到他指甲微微弯曲的形状和因为过去劳作而生出的茧。他的眼珠是蓝色的，目光呆滞，眼部还有一点肿。另外，他的牙齿也不好。对于一个有50年烟龄的人来说，蒂尔先生的肺部状况尚算健康。他的心脏功能也比我想象的要好，尽管他已经发过心脏病。他的心脏跳起来节奏慢吞吞的，但是综合考虑来看，他的心脏还是比较健康的。我发现，除了他的右臂，身体其他部分的情况还是很好的。右臂的问题是以前骨折过，但是蒂尔先生并没有注意，于是骨骼错了位，以一个不舒适的姿势愈合了起来。检查结束后，我返回护士站，试图从病历上获知蒂尔先生无法讲述或不愿讲述出来的过往经历。

蒂尔先生在亚拉巴马州长大，12年级[注]的时候从学校辍学。此后，他以帮人粉刷房子为生，同时研习宗教。他告诉罗梅罗医生，他是通过函授的课程来学习的。最后，和许多人一样，他决定离开亚拉巴马州，来到加州。他是为了碰碰运气，大赚一笔？是为了躲避债务、仇人或是牢狱之灾？是想成为一名嬉皮士，还是通过迷幻剂的作用来寻找函授课里说到的上帝？无论如何，他最终开始酗酒，在收容所生活，有时也住在桥下。因此，他也就成了县医院的常客。

几个月前，他被救护人员救起，原因是他们看见蒂尔先生在街上昏倒，而且醒不过来。于是他们停下来为蒂尔先生做了检查，发现他咳嗽得很厉害，且腿部肿胀。接着，蒂尔先生被送到了急救室。这是第一个奇迹。因为如果当时急救人员没有停下来为他检查，并及时将他送到急救室，那么蒂尔先生应该很快就会死亡。

之所以这么说，是因为就在蒂尔先生被推进急救室的一刹那，他的心脏停止了跳动。于是，急救室发布蓝色警报[注]，叫来了心肺复苏团队。他们一路跑着过来，用电击、插管和现代药物的魔法让蒂尔先生恢复了生命体征。这是蒂尔先生身上发生的第二个奇迹。因为虽然我们在电影里看到的心肺复苏的成功率极高，但实际上每25个心脏骤停的患者中仅有一人能被心肺复苏术成功救活。而在那些被救活的病人中，仅有百分之一的概率可以在接受治疗后出院回家。但是蒂尔先生最终被救活了，并被送进了重症监护室。蒂尔先生被送进那里几个小时之后，医生们给造成他心脏骤停的那根堵塞的血管做了支架。他的心脏病非常严重，因此需要一个心脏泵来维持生命。最后，蒂尔先生恢复了健康，尽管还不能重回收容所，也不能饮酒。县医院的精神科医生发现蒂尔先生由于心脏骤停和酗酒导致了严重痴呆。这位医生认为他不再能自理，并认定他的余生都需要有人照顾。

*

在接下来的几个月中，他都没有从E6病房中自己的房间里出来过。他性格内向且喜欢独居，每天就躺在床上，24小时右侧卧且蜷曲着身体。每次我去问他感觉如何，催促他起床活动、用轮椅四处逛逛或者去做理疗的时候，他都显得非常高兴。他布满皱纹的脸上会挤出充满歉意的微笑，然后慢慢地说："不用了，我感觉还行，只是不想起床而已。"最终，他还是答应去见理疗师。理疗师帮他在轮椅上坐好，试图帮助他活动僵硬且萎缩的臀部。但是他并没有动，他就是不想动。他也不吃我开给他的防止心脏骤停的药物。他明白我是为了他着想，也总是告诉我会吃的，可是他却一次都没有吃。

但是有一天，他突然伸直了身体，并开始使用自己的新轮椅。很快，他就一整天都不在病房，直到晚上很晚的时候才回来，身上还散发着酒气和烟味。这是因为他结识了一群和他一样的"创造医学奇迹的人"。他们要么是急救室里经过心肺复苏被救活的病人，要么是经历过移植手术的患者，要么是刚刚术后的病人。他们都是酒鬼、烟民或是吸毒者，常常聚集在病房外一个叫作"和谐公园"的吸烟区，在那里，他们可以抽烟喝酒，有时还闲聊两句。

护士们对这样的苗头是非常不乐见的。因为无论蒂尔先生喝的是什么酒，他都会酩酊大醉，情绪亢奋。而且由于整天兴致勃勃地在室外待着，风吹日晒，他的皮肤颜色也变得越来越深，皱纹越来越多。现在，除了拒绝服药之外，他甚至开始拒绝洗澡，由最初的每天都洗变成了每周洗两次，最后每周只洗一次。他看起来越来越糟，而且身上的气味闻起来就像他以前做酒鬼无家可归时一样。他不洗澡也不剃须，那种脏兮兮的样子简直连电影都刻画不出来——在皮肤的褶皱、毛孔、表面、头发、毛囊、脖颈后面、耳后以及衣服里都有很深的泥垢，而且一层一层越积越厚。他身上的气味真的难闻极了，混合了日积月累的烟味、手指上的尼古丁味以及今天、昨天和前天喝掉的酒的气味。

接下来，蒂尔先生开始坚持要求我们让他出院。他出院后的首选之

地是内华达州的里诺，如果不能成行当然也可以继续回到我们城市的街道上。我们那位亲切的精神科医生则断然拒绝了他，她认为蒂尔先生的大脑因为多年来的刺激仍然处于严重残疾的状态。为了解决这一问题，我们对他进行了测试。蒂尔先生在测试中表现出了法律所界定的最低行为能力标准：他能够像那次奇迹般的入院抢救之前一样养活自己，也就是露宿街头，以乞讨为生，在街上宿醉。因此，法院判定蒂尔先生可以随时离开医院。于是，社工开始到处为蒂尔先生寻找出院后的住所。可这并非易事，因为蒂尔先生以喜欢在房间里玩火而出名。因此，即便是有空房，而且由州政府支付租金，也没有人愿意收留蒂尔先生。

就这样，蒂尔先生留了下来。

不过，他待在病房里的时间越来越少，经常深夜回来，不仅蓬头垢面大声吵闹，有时还怒气冲天。在这种情况下，我们还是不能任由他坐着轮椅重新流落街头。但是后来，护士在他的柜子里发现了半品脱装[注]的伏特加酒瓶，于是，医院管理方开始施加压力，迫使蒂尔先生出院。

可是突然间，这场风波仿佛平息下来。我花了好一段时间才发现，蒂尔先生不再惹麻烦了。的确，蒂尔先生白天总是不在病房，所以我基本见不着他，奇怪的是护士们也没有再向我讲述关于他那些酒瓶和他的房间的情况。经过他的房间时，我发现那里也不再像廉价旅馆一样杂乱了，看起来更像是一间整齐而简约的公寓。这里舒适而干净，不再有酒气和灰尘。最后，我忍不住好奇，向护士们问起他的情况。

“蒂尔先生吗？他不再让我们头疼了。他戒了酒，因为他交了个女朋友。维多利亚医生，实际上他下个月就会在小教堂里举行婚礼了，你会去参加吗？”护士说。

“结婚？女朋友？是谁啊？”

“她叫杰西，是楼下女病房巴特医生的病人。他看上她有一阵子

了。自从见了她之后，他就开始洗澡，并每天都让我们帮着刮胡子。他们的婚期在6月15日，那天是星期三，你可别忘了。”

*

不过医院的工作实在太忙，于是我还是忘记了。幸好，我在婚礼的那个早晨偶遇了蒂尔先生。

清冽的海风将沉重的雾气吹散，婚礼的那天是我们这座城市春季里偶尔才有的好天气。海风吹过山上，穿过深池医院，沁人心脾。过道里，蒂尔先生坐在轮椅上抽烟，但我并没有一下就认出他来。他衣着整洁，打扮得恰到好处。他的银发上抹着润发油，呈波浪状，梳向左边。他的胡须剃得很仔细，具有男性魅力气息的浓重的须后水气味是他身上唯一的味道。他身着灰绿色的阿玛尼丝绒西装，里面是浆得笔挺的白衬衫，上面系着白色丝绸领带。他的扣孔里插着一朵白色康乃馨，裤缝都有整齐的折痕。蒂尔先生蹬在轮椅脚踏板上的双脚穿着擦得锃亮的棕色皮鞋，我可以看见他灰色的丝绒袜。

不过我走过去的时候，他对我报以微笑。我也认出了他，那双长在棕色面孔上的矢车菊般的蓝眼眸实在太有特点。我注意到他吸烟的手正在颤抖。蒂尔先生告诉我，今天他就要去教堂结婚了，仪式就在十一点举行，并询问我能否参加。

我会去的，我告诉他。

我一直注意着时间，仪式开始前几分钟，我出发走向教堂。小教堂就在我们医院楼下的正前方。

我并非唯一的受邀者，在去往教堂的路上，我才惊讶地发现同行者如此之多。我看到了我的朋友巴特先生，他是新娘的主治大夫。还有理疗师、语言治疗师以及活动治疗师。护士们、社工、志愿者也受邀参

加，还有其他许多人都一同向小教堂走去。走廊里进出的还有腿脚不方便的患者和坐轮椅前往的病人们。到了教堂，我差点没找到坐的位置。而且与其说这里是一间礼拜堂，倒不如说是一间里面有彩色玻璃窗和成排的靠背长椅的小教堂。

来自E6病房和新娘所在的L5病房的护士们在教堂后方，身着新人母亲的服饰。她们戴着珍珠耳饰，发型做得很精致。护士们精心地装饰了签到台，在上面摆放着各色礼物、结婚蛋糕和两瓶宾治酒。蒂尔先生已经坐在轮椅上，等候在教堂里，他羞怯地笑着，显得很紧张。教堂里人群熙攘。

我看了看表，已经十一点过两分了。新娘到底去哪儿了？教堂里出现了一阵喧闹和低语。十一点过五分的时候，有人说她还在病房里做着发型。十一点十分，我们听见轮椅被推出电梯的声音。接着，这声音一路下了走廊，到达教堂的时候，正好十一点过一刻。

新娘终于出现了，她看起来非常美丽，正像《圣经·雅歌》里所形容的“眼神如太阳明亮，威风如展开旌旗的军队”[注]。她的肤色近于桃木般的褐色，身穿精致的绸缎裙，上面点缀着非洲风格的浅金色、黄色、棕色和红色。她的裙子长而平滑，遮住了她的身躯和轮椅，使她看起来非但不像一位脑卒中患者，倒像乘坐在移动王座上的女王一样光彩照人。她的黑色长发先被拉直之后又卷起来，上面编织了小颗颗颜色各不相同的莱茵石[注]作为装饰。她戴着黄金耳环和沉甸甸的金项链，这样的她实在明艳动人，神采奕奕。她笑得很灿烂，即便偏瘫的半边面庞也被笑容提拉了起来。教堂里人人都为她侧目，有些人甚至跑到她的面前，轻抚她，赞美她。

坐在轮椅上的蒂尔先生也在微笑，他笑得很庄重也很绅士。此时，风琴开始演奏门德尔松的《婚礼进行曲》，人们赶紧回到自己的座位坐好。我们都站起来，转身向后，将目光汇聚在这对新人身上。

我和新娘的主治医生巴特医生坐在座位上互望了一眼。由于新人们的腿脚不太方便，让他们自己费力地将轮椅一路推过教堂走廊实在是太不应景了。于是，我和巴特医生分别离开自己的长椅，来到新人后方，他推着新娘，我推着新郎，一同向前行。我和巴特医生肩负着使命，扶着轮椅扶手，伴着《婚礼进行曲》的节奏慢慢推着一对新人肩并肩走过了走廊。接着，我们走开，让新郎和新娘独自留在圣坛前。

此时，牧师出现了。他身着有硬质白领口的黑色牧师服站在圣坛前。风琴声停了下来，牧师望着面前的一对新人时，整个教堂也陷入了宁静。他清了清嗓子，从衣服内侧的口袋里拿出一张纸。接着，他看了看坐在台下静候的我们。

他说："托马斯和杰西几周前找到我，说他们打算自己组织婚姻誓词。事实上，他们的确花了不少心思。"说完，他再次清了清嗓子，打开手中的纸，开始诵读。

"托马斯·蒂尔，你是否愿意接纳杰西为你的妻子，如珍爱你余下的生命一般地全身心地爱她？"

"我愿意。"蒂尔先生回答说，脸上出现了害羞的红晕。说着，他看向自己的新娘，绽放出一种难以名状的笑容。

"杰西，你是否愿意接纳托马斯为你的丈夫，爱他并尊重他，全身心地珍重他、照顾他，直至生命的终结？"

"是的，我愿意。"她回答的时候整个人散发着明丽的神采，眼神恰好遇上蒂尔先生的双眼，堪称完美的回应。

"现在，我宣布你们成为夫妇，"牧师说，"你可以亲吻你的新娘了。"

我们都屏住了呼吸。他们并肩坐在各自的轮椅上，蒂尔太太的左边

身子由于偏瘫而不能移动，蒂尔先生也不能行走。但是，他转向妻子，身体稍稍偏到轮椅外，握着她的胳膊给了新娘热情真挚的一吻。他就是这么做的。

*

这一幕我永远都不会忘记。蒂尔夫妇的婚礼将那些此前我觉得难以概念化的东西具体化了。这些东西关乎奇迹、蜕变和群居。在我看来，他们的结合就是“迦南的婚礼”。

迦南美地是基督耶稣施行第一个奇迹的地方。在那里，他将水变成了葡萄酒。对于蒂尔先生来说，他的生存和蜕变同样堪称奇迹。在他身上发生的第一个奇迹是救护人员发现了他并将他救起；第二个奇迹是他恰好在心肺复苏术还能救回来的时候被送到县医院；第三个奇迹是他被送到E6病房，并在这里逐渐恢复健康；第四个奇迹便是他的蜕变——与杰西相恋。

使这场婚礼在我心中意义非凡，成为“迦拿的婚礼”的原因不仅是这些奇迹和蜕变，还有“迦拿”本身的含义。

迦拿只是巴勒斯坦的一个小村庄，这场婚礼也不是什么惊世骇俗的事情。但是，村子里的每个人都参加了这场婚礼，包括耶稣基督的母亲和表亲，他的姨母、朋友和亲戚，无论穷富老幼尽皆出席，当然还少不了那些美丽的少女和寻找妻子的男子。

而在蒂尔先生的婚礼上，当我看见护士们身着新人母亲的服饰，患者们都纷纷打扮整洁出席，还有巴特医生和许多我都叫不上名字的人。此情此景下，我深感深池医院就好像迦南美地，一个小村庄，一个真正团结的群体。而蒂尔先生的蜕变一大半都要归功于这个温暖的群体——这里的病友、工作人员、牧师、修女、开阔的走廊、聚众的烟民和无赖汉，所有医生、护士和管理人员都为他的重生做出了自己的贡献。

我认为，除了“好客”以外，“群体”就是深池医院的第二要旨。

那么，何谓“群体”？

“群体”（community）一词来源于拉丁语词“communio”。[注]《牛津拉丁语词典》中列举了这个词的两个派生词。作为动词，“communio”来源于“munio”，意为“墙”，它的意思就是“在周围筑墙”。因此，群体是由其周围的墙所界定的。这里的墙可以是具象的，也可以是象征的意义。墙内的一切是为“群体”，墙外的则不是。

这是对深池医院这个群体的完美诠释：身在其中，你就成了它的一员。深池医院的确有围墙，那是由很久以前的患者们用抛光的岩石垒筑起来，并刷上了清漆作为保护的。我们之所以成为一个群体，只是因为我们在同一道围墙的保护下相互依存：这道围墙里面有医生、患者、护士、管理者和预算。我们必须尽力将现有的资源利用到最好。

然而，“communio”作为名词，来源于“munis”，意为“礼物”。所以，“communio”这个词也表示那些愿意与他人分享礼物的人。这一点在医院里体现得尤为突出，尽管分享看起来并没有有形的围墙那么明显。在蒂尔夫妇的婚礼上，当我看见深池医院几乎所有人都涌入教堂，在整个宣誓过程中都全神贯注地注视着这对新人，甚至流下了激动的泪水时，我明白了自己并不是唯一关心着蒂尔夫妇的人，还有许多人和我一样抽出时间，被他们的幸福感动。几乎整个医院的人都出席了这场婚礼，而这婚礼就是蒂尔夫妇分享给我们的礼物，正是这样的分享让深池医院成为一个群体。

*

据我所知，婚礼之后的蒂尔先生，一直保持着自己蜕变之后的良好状态。

他的酒瘾再也没有复发，尽管之后的日子他并没有把自己收拾得跟婚礼的时候那么干净潇洒。他一直铭记着自己作为丈夫的使命，我指的是，蒂尔太太再次脑卒中的时候，轮椅里的他一直坐在她的床边，握住她的手为她担忧。她恢复后，蒂尔先生也一直等她坐上轮椅。他的脸忧伤而充满耐心，用他明亮的蓝眼睛和农夫般温暖的笑容面对蒂尔太太。

和煦的天气里，我经常看见蒂尔夫妇一同坐在走廊里，寒冷的时候，他们就坐在室内。有时分享一支烟，我相信他们有时一定也会因为生活的琐事而争吵。这样的争吵或许是因为蒂尔先生“嫉妒”蒂尔太太的好人缘，因为有时我只看见蒂尔先生一个人坐着，而蒂尔太太不知所踪。而几天之后，他们又和好了。每当这时，蒂尔先生总是很开心，我找不出另一个词语来形容他当时的神情。

不久前，我询问了蒂尔先生关于他婚礼的事情，问他结婚纪念日是不是快到了。

他不记得了。我应该问蒂尔太太的，她记得，她一定会记得。

现在，医院有内部的电子邮件系统，我也的确在使用。但是当我想见谁的时候，就不用这么低效的通信方式。每当我想到某个人，然后他/她的面庞就会出现在我的脑海里。尽管深池医院占地25万平方米，建筑面积有5万平方米，我也一定会在几个小时内就遇上这个想见的人。

这次我想见的是蒂尔太太。那天，就在我和蒂尔先生聊天后的一小时，我就遇上了蒂尔太太。她坐在轮椅里，带着红色直发的新假发，露出不太整齐的牙齿灿烂地冲着我笑。

“蒂尔太太，瞧瞧，您真美。我们又见面了，最近怎么样？”

“噢！我挺好的，维多利亚医生。不过我正要去抽支烟，我现在又

开始抽烟了。”

“是吗，你很快就会戒了的，我保证。我有个问题想问你，你和蒂尔先生的结婚纪念日是什么时候？”

听完，她笑得更灿烂了。“我不记得了，但是纪念册里有记载。”

“纪念册？”

“是的，婚礼纪念册，是护士们给我做的。就放在我的床头，你想看看吗？里面有记录。”

我当然想看。于是我们一起返回了蒂尔太太的病房，来到她的床边。

“在第三个抽屉里，”她告诉我，“装在栗色的袋子里。”

她说的没错，册子就在那里，我把它拿了出来。我也坐在蒂尔太太的床边，跟她一起一页一页翻着看。册子里，蒂尔先生身着灰绿色的西装，佩戴白色丝质领带，蒂尔太太穿着礼服，我和巴特医生都身穿白大褂，分别推着新郎新娘的轮椅。图册中还有牧师，还有新人亲吻的瞬间。签到台上放着结婚蛋糕，蒂尔先生就在旁边喂他的新娘吃蛋糕。

“人们都叫我们深池夫妇，”杰西告诉我，“因为我们是第一对在医院教堂里结婚的夫妇，我永远也忘不了我们相识的那一天。”

“你们是怎么认识的？”

“我从没告诉过你吗？我们是在吸烟区认识的。我找汤姆（托马斯的昵称）要支烟，他笑着递给我一根。他人真的很好，当时我就想，自己还没和白人男子接过吻呢！于是我们就接吻了，感觉很不错！这就是我们相遇的过程，之后我们就在一起了。”

他们确实再没有分开过。尽管蒂尔先生的社工一直在帮他找房子，可蒂尔先生曾经纵火的臭名让他难以出院。蒂尔先生告诉我，没有太太的陪伴，他哪里都不会去。而蒂尔太太的残疾程度使她无法出院生活，所以他也不会出院。

对此，我有些担心。新的医院建成后，他们一定会让蒂尔先生和太太一起住进一间半私人的病房。但是，我并不觉得这样做很妥当。因为他们之间并不是将亲密关系凌驾于私人空间之上的现代婚姻关系，而是一种旧式的、维多利亚时期的婚姻关系。也就是说，他们需要睡在不同的卧室，有各自的朋友圈子，甚至过着自己的生活，只在晚餐时体面出席，相对而坐。

*

我一直担忧着蒂尔夫妇的未来，以及我的其他患者以后的生活。特别是在市政府收到来自司法部的第二封信函之后。这封信函控诉了市政府歧视残疾人，并将他们限制在深池医院的行为。此外，司法部还要求市政府立即采取补救措施。司法部的第一封信的主要目标已经达到，新的医院正应运而生。或许正是因为这样的胜利，司法部才“乘胜追击”，继续不断调查深池医院，一年来检查数次，但从不说明来意。

就这样，第二封信函出现了。[注]它总结了司法部数次调查的结果，写得具体而冗长。这一次，他们列举出了《1999年奥姆斯戴德裁决》，里面规定了残疾人有权在社区生活，并指控市政府侵犯了残疾人群的这一项权利。因为市政府并没有给残疾患者提供在社区中居住的替代办法（替代的对象就是在深池医院住院），所以市政府侵犯了这项民权。

因此，司法部这回要求市政府立即弥补这一过失，还对此提出了32条最基本的改正措施。这些举措中，大多数都要求医院让尽可能多的患者出院，并且不再收治新的病人。例如，命令深池医院重新修订它的入院评估手续和效用评估机制；针对出入院制定新的政策；为患者建立完

整的数据档案。最重要的一点是，司法部想让深池医院再一次重新评估院内的1178名患者，并且让其中800名患者出院，因为司法部相信他们不需要住院。

这是一封措辞严厉的信函，于是医院的管理层严格遵循司法部的指示，采取了一系列慌张的，或者不如说暴风雪式的行动。对此，我久久难忘。

为了防止继续收治新的病患，医院组织了一队医生和护士来严格审查每一位可能进入深池医院的病人。这个医护团队会审查可能入院的病人的记录，甚至会将检查外延至收治这些患者的急症医院，就在那里给可能的病人做体检。他们不断地问自己：这些患者真的需要我们的照顾吗？有没有可以在社区执行的替代方案？这是一项吃力不讨好的任务，我很庆幸自己不在这一团队中，因为试图确定患者的病情究竟有多重，同时还要让整个急症医院同心协力地暗中帮助深池医院免于收治这些患者，这些医护人员一定压力巨大。

至于为患者建立数据档案的要求，医院管理层给医院的电脑上安装了最小数据集（Minimum Data Set）。[注]实际上是为每位患者填上一张信息表格。这张表有17页长，一共几百个问题。搜集信息的目的是想找出一种自动化的方式来衡量患者病情的严重情况。例如，衡量病人的痴呆程度有1到4共四个等级；他们生活自理的程度分为1到10共十个等级；还有疼痛的衡量范围。这个最小数据集的表格实在太复杂，以至于医院不得不为每间病房聘请了一位全职的表格填写协调员。埃伦·玛丽选出了每间病房里最优秀的护士，让她们接受最小数据集的填写训练。之后，又在每间病房里的几间独立房间里选出一间作为办公室。从此以后，这位护士就会每天在办公室里录入最小数据集的信息了。

为了加快出院进程，管理层宣布患者们每季度都要接受检查，重新评估他们出院的可能性。即使是那些昏迷多年的患者也不例外。

最后，另有一个由医生、护士和社工组成的工作组对每位患者进行评估，看他们是否可以出院。又花费了数周时间后，他们还是找出了8名可以出院的患者。[注]虽然没有达到司法部估计的800名患者，但也多少有些收获。

*

除了司法部的调查外，我们的市政府还面临一场被称为“戴维斯诉讼”的官司。残疾人维权律师们集结在一起，为了反对建立新的深池医院而发起了这场诉讼。要知道，正是这样一群律师，在20世纪70年代到80年代建立了“精神健康律师组织”（Mental Health Bar），成功地迫使州立精神病院关闭。[注]现在，他们又将目光集中在了县立的长期护理机构上，并试图关闭它们。深池医院就是他们最好的试验案件之一。

在为重建深池医院发行债券的方案发布之初，他们就表示反对。在他们看来，关闭医院，让患者们在社区里接受照顾应该更加公平，在经济上也更加划算。可是，发债方案成功通过投票后，这群律师就在病房外面晃悠，最后找到了戴维斯先生和其他7名患者，他们愿意让律师给他们打官司。他们宣称市政府让他们住在深池医院的行为侵犯了他们的公民权。于是，这项诉讼得名“戴维斯诉讼”。

戴维斯诉讼的原告方提出了许多要求，其中最重要的一项就是由市政府出资再次对每一位现已入院的患者进行出院评估（对，他们又要来一次），并将同一过程适用于每一个此后新入院的患者。[注]这项被称为“目标案例管理”（Targeted Case Management）的项目耗资数百万美元，将由专门的主管、护士和社工（然而却没有医院自己的医生）组成，并且会独立于深池医院而存在。这样做的原因是残疾人维权律师不信任深池医院自己的医护人员对患者进行的评估。原告方还要求市政府将正在建立的新医院的规模减小三分之一。

市政府并未与戴维斯律师团抗辩，相反，他们决定进行庭外和解。

他们拒绝缩小新的深池医院的规模，但同意出资资助“目标案例管理”项目。[注]很快，负责这一项目的工作人员就出现在了我们的病房里。让我觉得吃惊的是，他们从不为患者提供检查，甚至不与各自负责的患者见面，也不和医生们交谈。他们只是看我们填写的病历记录和研究最小数据集里面的表格。结果，他们无一例外地让那些最不应该出院的患者出院。这些患者中有的深度昏迷，有的重度痴呆，还有些有严重的发育性残疾。他们的决定着实让人觉得奇怪。

目标案例管理项目实施的第一年，有两名患者出院了。三年后，139名患者出院，不过他们中的许多人都是按照计划应该出院的。因为这项管理项目（每年）耗资250万美元，这就意味着他们在每一个出院的患者身上花费了大约6万美元。如果说因为这个项目出院的患者在院外都能正常的生活，那么这些花费就不算昂贵，但是，我们无法追踪到他们出院后的情况，所以我一直在怀疑目标案例管理项目的有效性。

那些因为目标案例管理项目而出院的病人并没有住进郊区那些精美的小别墅里，而是回到了他们入院前的所在——贫民区旅馆的单间。我在想，一瘸一拐地走进这里，或者自己摇着轮椅回到这个此前将他们送来深池医院的地方后，在他们身上会发生什么事情。

我的确搞清楚了在戴维斯诉讼案的起诉书中署名的8名患者中的4名的经历。或许，他们的境况是具有代表性的。有两名的病情实在太严重，以至于达成和解之前就去世了；一位患者出院后还不到一个月就重新敲响了深池医院的大门；最后一名患者在医院外的生活太过惬意，再没有返回过医院。我也知道许多因为目标案例管理项目而出院的病人，没多久又返回了医院。还有一些病人在医院外生活得不好也不坏，但是，我可能永远都没有办法搞明白目标案例管理项目最后的成效，不管是经济意义上、医学意义上还是伦理意义上。

*

不管怎么说，重建深池医院都成为斯坦恩医生一项昂贵的提议。

曾经，我们可以为市政府的财政收入做出贡献。可现在，由于司法部的信件、新院舍的修建、戴维斯案的和解和目标案例管理，深池医院在斯坦恩医生的预算里占的份额越来越高。而他的预算状况并不好，现在时值经济衰退，加之他的预算方案中还有各式各样的其他开支：救治移民、艾滋病患者、没有医疗保险的人群、年长者还有那些无家可归的精神病患者。新当选的市长打出的“要关怀，不要花费”（Care, not cash）的竞选宣言，更加剧了他的财务压力。新市长当时承诺，一旦当选，市政府将不再为无家可归的人们提供每月360美元的救济金，而是给他们提供同等价值的护理，特别是要给他们找到住处。结果，他成功当选市长，并给斯坦恩医生布置了一项任务：安置那些无家可归的精神病患者。

现在，斯坦恩医生完成起这项任务应该不会太困难，因为他同样管理着市立的精神卫生康复机构（Mental Health Rehabilitation Facility，MHRF）。当初建立这一机构的原因是为了补充州立精神病院关闭后的缺口。精神卫生康复机构的初衷应该是市里那些有精神疾患的人们接受康复治疗的场所，创建者的意愿是让患者们住在这里，接受精神方面的药物治疗，学习正视自己的病情，在他们的病情变得更严重之前得到帮助。精神卫生康复机构运营得非常成功，但是斯坦恩医生在这个项目上花费了很多预算。因为州政府只补助患者们在精神病治疗机构住院前两周的住院费用。有的患者在这里住了几个月，于是斯坦恩医生的预算超支严重。

为此，他想了很多解决办法，最后想出了一条绝好的计策，那就是让无家可归的精神疾病患者住进深池医院来。斯坦恩医生打算腾出两到三间病房充作精神病病房，然后将精神卫生康复机构和县立医院精神病科病房的病人转入深池医院。这样做就可以一举三得了：精神卫生康复中心的开支更低；县立医院精神病科病房里的病患被清除干净；由于深

池医院属于一家医院而非一家精神病治疗机构，斯坦恩医生也可以从收治过程中获得补助。

于是，他通知了收治病房的主任，也就是罗梅罗医生，然后跟她商量这件事。

此时罗梅罗医生来深池医院已经很长时间了，对这里产生了一种热切的保护之爱。在担任医务部主任的时候，她同样研究过我们城市的医疗体系，也熟知其中政策。此外，她还是凯医生的好朋友。还记得凯医生吗？他是个正直而有原则的人，他从不吝于拒绝。尽管罗梅罗医生本人想要接受，但这一次在凯医生的建议之下，她说了不。尽管感到抱歉，但是她没办法按照斯坦恩医生说的做。

斯坦恩医生问："有什么做不到呢？"

罗梅罗医生拒绝收治精神病患者，让出深池医院——市内唯一一家公立的长期护理机构——里的床位来给流浪者住。她无法接受特权患者先于那些一般患者住进医院。深池医院是市里的救济院，她只能优先收治那些需求最迫切的患者。此外，收治有精神疾患的病人也是不合法的行为，因为我们并不是政府许可的精神病治疗机构。这样做并不安全。更别忘了，司法部正紧密地监督着深池医院的收治情况。

斯坦恩医生对于罗梅罗医生的回答很不满意。他指出，许多精神病患者也有着身体上的毛病，这么一来，深池医院当然可以收治他们。罗梅罗医生应该亲自去精神卫生康复机构和县立医院检查那些病人的情况。

罗梅罗医生果真这么做了。每天早上，她都会去这两家机构，但是她只能收治斯坦恩医生所说的这些病人中的少数，因为大多数的精神病患者都很危险。而且这少数一部分已经造成了很大的问题，他们攻击其他患者、将危险药品带进病房。那些被紧急转回县医院精神科的病人增

加了三倍。

最后，问题出在了拉里·查尔斯的身上。他是一位精神分裂症患者，曾经住在精神病院里，且被锁住手脚限制行动。有一天，他开始拒绝服药。当然，这也是他的权利。后来，他发展成狂躁症并且想勒死自己的室友。于是那家精神病院让他出院，把他送到了精神卫生康复机构，县里拿到了法院的命令，要求强制他服药。于是，他又变回那个镇静的自己。斯坦恩医生要求罗梅罗医生将拉里收治进深池医院。

罗梅罗医生拒绝了这一要求，因为没有任何临床医学诊断证明他有身体疾病，而且深池医院也不是一家拥有限制这类病人行动的权限的精神病治疗机构。她既不能保证拉里的安全，也没法保证他周围其他患者的安全。

听到这里，斯坦恩医生不禁狂怒。他要求立即和医务部主任、护理部主任和行政总监开会。他坚称这些管理层必须对罗梅罗医生从上自下施压。他告诉他们，拉里·查尔斯其实情况没那么差，他按时服药，情绪平静安详，不会造成任何问题。

然而，医务部主任、护理部主任和行政总监拒绝对罗梅罗医生施压，他们认为收治拉里·查尔斯有很大的风险。无论如何，根据医院的入院政策，是罗梅罗医生全权负责收治工作，而不是斯坦恩医生。

斯坦恩医生将他们送出了办公室。第二天我们到达医院后发现，一夜之间医院的入院政策遭到了颠覆。根据现在的政策，公共卫生局局长有权决定收治任何病人。

当然，这样的政策非常不合法，于是市议会召集了一场紧急会议。[注]这次会议参与的人员很多，且通过电视同步播出。他们首先要求斯坦恩医生站在他的角度上解释这场收治争议。斯坦恩医生陈述之后，市议会的成员们又询问了公众的意见。于是，罗梅罗医生、凯医生、米利亚

姆修女、莱斯特小姐以及其他几名护士和行政总监纷纷起身陈述他们对于这件事的看法。他们都认为精神卫生康复机构才是拉里·查尔斯应该被收治的地方。接着，市议会开始举行闭门会议。他们再次出来的时候，裁定罗梅罗医生的意见是正确的，深池医院不能收治拉里·查尔斯这样危险的病人。此外，他们还要求斯坦恩医生将收治政策改回原状。

斯坦恩医生表示这么做没问题，他可以将拉里·查尔斯送到更昂贵的私立精神病院去，尽管他一直避免这么做。但是，这么做开销就会变大，他只能从深池医院的财务预算里面支出这笔钱。今后，对于罗梅罗医生拒绝收治的所有病人，他都会采取同样的方法。

两个月后，在一次缩减开支的行动中，斯坦恩医生撤销了医务部主任和护理部主任这两个职位，并且开除了行政总监。他把拉里·查尔斯送到了县外的一家昂贵的私立精神疾病治疗机构，这项开支也的确是从医务部出的。

我相信，直到现在查尔斯先生还在那里，他的住院治疗费用也还由深池医院出的。也许，我的猜想是错的，不过八成是这样，因为以后发生的一些事情会证明，斯坦恩医生很记仇。

*

对深池医院来说，所有的调查和政治斗争都让我们难以喘息，特别是现在公共卫生局局长也对我们的医务部不满。但那时我并没有太注意这些事情，因为我刚完成自己的博士学业，正准备去西班牙的圣地亚哥-德孔波斯特拉（Santiago de Compostela）走一次中世纪风格的朝圣之路。其实很多年前我就计划好了，将这次旅行作为自己完成博士学业的奖励。现在，我的学业已经完成了。

但是，究竟何为朝圣？我又为什么想要进行一次朝圣呢？

朝圣是将人们精神上的追求物化为实际的目的地，后者可能是神殿、教堂或者某座山峰。这个词来源于拉丁语词“peregrinus”，意为“朝圣者”。而“peregrinus”又来源于“per ager”，意思是“穿越土地”。朝圣者就是那些远离家乡“穿越一片土地”的人。由于这片土地并非故土，所以这个词也有“异国人”、“外国人”和“陌生人”等更宽泛的含义。

尽管表达的都是“陌生人”的字义，但“peregrinus”与“hostis”的内涵是有差别的。“hostis”是“好客”一词“hospes”的词根，所以，它所表示的“陌生人”是站在主人的角度上说的，指那些来叩响自己房门的人。而“peregrinus”则是站在朝圣者的角度上，指那些叩响他人房门的陌生人。注朝圣者离乡背井，踏上旅途，只为体验成为陌生旅人的感觉——说着异域方言、品尝不同美食、体验前所未见的风景，总而言之，是以一种他人之心去体验另一种生活。

在中世纪，成为朝圣者是一件大事情。在中世纪的人看来，我们都是各自生命旅途上的朝圣者，离开母腹时便好比离开了家乡，开始穿越时间的旅行，直至抵达死亡的精神归处。在这途中，我们会感受到许多的“他者”。所以，身体力行地踏上朝圣之旅就是要将这样的比喻变为现实。

中世纪有三大朝圣路线：去罗马、去耶路撒冷和去圣地亚哥-德孔波斯特拉。其中，通往圣地亚哥-德孔波斯特拉的路线最具有异域风情。由于《圣经》中对罗马和耶路撒冷均有提及，所以当时的人们认为自己对这两地均有一定的了解。相比之下，德孔波斯特拉则显得异常神秘。这里直到9世纪时才成为朝圣之地，因为曾使西班牙皈依基督教的使徒圣詹姆斯的遗体在西班牙的最北部被发现。据说，圣徒在耶路撒冷殉道后，尸身由一艘石船运到了这里。人们为此修建了一座教堂，并在法国和西班牙北部地区修建了许多修道院，供朝圣者休憩歇脚之用。

去往德孔波斯特拉的朝圣变得十分流行，12世纪时每年有数以十万

计的朝圣者徒步前往那里。可惜，中世纪之后，这里变得废弃萧条，直到20世纪80年代随着这条古代朝圣的路线和初衷被重新发现，德孔波斯特拉才重获新生。

我也深受这种体验中世纪朝圣行为的诱惑，认为自己也可以立誓成为一名朝圣者。不过我会先乘坐飞机抵达此次朝圣的出发点，将这1900千米的朝圣之路分四年完成。相比中世纪的先贤，我的方式似乎显得不太公平。但这无伤大雅，我仍然可以踏上自己的朝圣路。

于是，我开始着手寻找一位同行的旅伴。

这件事进行起来远比我想象的要复杂很多。我的朋友中没人对横穿法国和西班牙感兴趣。幸好，我找到了罗莎琳德。她是我医学院的同窗，我认为她的性格足以成为一名好的旅伴。她坚韧而灵活，具有冒险精神但又不失谨慎，思维理性却不死板。遇到困难时，罗莎琳德从不抱怨且有急智，尤其是事情与她自己切身相关时，更是如此。她告诉我，自己对朝圣一无所知，而且严谨来说的话她并没有宗教信仰，但是愿意开始一段长途徒步旅行，并且她很善于看地图辨方向。

就这样，我和罗莎琳德开始计划我们的路线，准备轻装简从。我们乘坐飞机到巴黎，然后坐快车去里昂，接着乘慢车到达勒皮伊（Le Puy），勒皮伊是去德孔波斯特拉朝圣的传统路线的出发点。从美国到达这里的一路就好像一场交通方面的时光穿越：我们从喷气式飞机换乘了高速火车，然后是19世纪的木头火车，最后开始徒步之旅。勒皮伊是一个面积挺大的镇子，但是现代化的进程似乎忽略了这里。城镇的最外环是一片18世纪的图景，往镇中心靠近时，则渐次呈现出17、16、15世纪的样子。城中心是一座11世纪的大教堂。

我们在一间小店里买了手杖，第二天早晨，去参加了一场专为朝圣者举行的特别弥撒。在弥撒时，主教送给每位朝圣者一个贝壳，让我们挂在背包上，这是一千年来朝圣者的象征。他还给我们一人一本“朝圣

者护照”，让我们签字。这本护照上说，我们立志离开家乡，去寻访德孔波斯特拉的圣詹姆斯，我们会尊重朝圣者精神、其他朝圣者、接待我们的主人和一路经过的自然山水。作为回报，主教让我们关怀一路上遇到的所有人，请他们爱上帝，请他们用慈善的心接纳我们，为我们祈祷，并在我们有需要的时候帮助我们。

主教告诉我们，每晚我们都必须在护照上盖章，并在抵达圣地亚哥之后将它交给德孔波斯特拉的主教。他会给我们颁发用拉丁文写成的文件，证明我们已经完成了自己朝圣的誓言，上帝已经赦免了我们的罪。

主教补充说道，朝圣之路是一条不断冒险与考验之路。驱使人们踏上朝圣之路的原因有很多，都一一镌刻在每位朝圣者的内心深处。但无论我们心中的需求是什么，朝圣之路都是一条生命之路。他期望路上的见闻能够随着脚步声逐渐充盈我们的内心。

听到这里，我和罗莎琳德对视了一眼。是的，这次朝圣之旅的意义比我们所想象的要深刻许多。我们在护照上签上了自己的名字，将主教所赠送的贝壳挂在背囊上，手持手杖从大教堂的西门出发了。我想，随着我们每一声坚实的脚步，主教对我们美好的祝愿都能实现。

*

朝圣的实质在于，如果你不真正踏上路途，则永远无法了解其体验。实际上，这一点和生活的本质很像，两者都不是你坐在椅子上阅读、看看电影或者翻一下电子相册就能代替的。

朝圣和背包客的徒步旅行也不相同。朝圣者没有大背包，在没有星级的酒店或者青年旅馆里住宿，有一次我们甚至住在修道院里。在那里，修女们依然践行着款待朝圣者的美德。所以，在结束每天的24千米步行之后，我们不会支起帐篷在里面煮方便面吃。相反，我们有热水澡、醇香的红酒和法式美食。同样，朝圣和远足踏青也有差异。因为我

们所穿越的不仅是自然山水，还有历史文化。所以，我们不像游客一样走马观花，让周围的景色匆匆闪过，而是善待脚下的每一寸土地，因为它们是丈量我们脚步的使者。身边的风景随着行走逐渐变换，当我们准备找间村舍投宿的时候，就有村庄出现在我们眼前，还有河流和李树。

我们的首次朝圣之旅上有许多精彩的瞬间，但是回到医院后我唯一讲述的只有遭遇倾盆大雨的一次经历。当时，我们距离晚上要住宿的地方还有很远的距离，因此，必须在大雨中穿行很长时间。我们被淋得全身湿透，天气寒冷刺骨，于是我和罗莎琳德只好一路唱歌以保持体温。一路上我们冒雨蹚过泥坑，穿过田野。这种寒冷是深入骨髓的。然而，奇怪的是，我偏偏只想待在泥泞的田野中，只想在雨中行走，只想体验这种刺骨的寒冷。我并不希望抵达那温暖而舒适的目的地，也不希望雨停和地干。无论是干燥温暖还是立刻返回出发地或者到达目的地都对我没有丝毫的吸引力。我就想活在当下，待在此刻我所身处的地方，因为只有这样我才能体验到当下的感受。这种感受就是朝圣。

穿过田野的时候，我在心里数着已过的人生中，究竟有多少时间我都在竭力避免过这种在寒冷的旷野中无家可归，没有屋檐避雨的日子。我想起那些流落街头，睡在别人家门口的病人，他们在我正勤奋工作的时候用伏特加打发着无聊的日子。曾经，我问过一位急迫地想出院回到贫民窟生活的患者，是什么在吸引着她回到过去的日子。从她的回答中，我总结出了两个字，那就是自由。可以让她摆脱工作、社会职责和责任的自由。但遭遇大雨的那天，我怀疑我在雨中所体会到的可能就是她宁可流落街头遭遇寒冷刺骨，在贫民窟生活也要追寻的那种自由感。那个时候，我感到非常快乐，并且知道自己非常快乐。这种高兴的感觉是前所未有的。这种喜悦感并非蒙恩承福、得遇天使般的喜悦，而是内心的极大欢喜和满足，这种感觉来源于“对周围所处环境的满意和知足”。“Hap”是“高兴”（happy）的词源，[注]也就是告诉我们，喜悦真正的来源是对周围“发生”（happen）的事情的认同和接受，因为无论你感受如何，周遭都不会因此而改变。

那一年的朝圣结束之后，我回到了家乡，将朝圣时用的手杖、护照、贝壳和衣物都收拾放好，一年之内也不会重新启封。尽管如此，我仍然一直认为自己是个朝圣者。现在，每当我行走在病房之间的宽阔走廊时，那清晰的脚步声都会时刻提醒我朝圣者的身份。我愿意重新穿越泥泞之路，并欣然接受事物的本来面目。

或许，正是由于朝圣经历所带来的新的领悟，我与患者之间的关系更加深入了。或许，当我们谈起医生的职责时，绝对不能认同的一点是接受患者的现状。但在行医的过程中，我逐渐发现了一些新的方式来接纳并欣赏我的病人们的现状。这对于我所负责的另一间病房——E4病房——的病人们来说无疑是一件好事。

*

E4病房看起来和E6病房差不多，比E6低两层。这两间病房都有窄小的入口、被服房、护士站和宽敞的病房。

不同的是，E4病房所收治的并非痴呆患者。这里是“复杂病情”病房，这意味着这里的病人出于某些原因，其病情严重到无法自理。E4病房的病人们或因为脑卒中或因为车祸而瘫痪，患有多发性硬化症、帕金森病、脑外伤、脊髓损伤和大脑性麻痹。除了主要疾病外，每位患者都伴有其他方面的问题，诸如：糖尿病、癫痫、慢性疼痛、肺病、心脏病和肾病。也正是这样的情况使他们被称为“复杂病情”患者。几乎每位病人还有不同的精神疾病，比如精神分裂症或躁郁症，经常还有类似性格反常、人格分裂、面部痉挛或者强迫症等的人格障碍。他们中有不少都深受州立精神病院被关停的影响，由于无处可去，他们在大街上竭尽全力地求生。有许多人用可卡因或者海洛因来治疗自己的精神疾病，之后又不得不用酗酒来克制可卡因和海洛因所导致的副作用。因此，他们患上了酗酒和吸毒所引起的并发症。

E4病房的病人们不仅病情复杂，而且护理起来也颇费工夫。几乎每

位病人都有插管，护士们要负责管理这些导管：颅内分流管、静脉插管、腹部营养插管、肾脏处的肾盂引流管、膀胱插的导尿管等。许多病人因为慢性感染和褥疮造成了开放性的创口。于是护士也要负责护理这些伤口，每天更换三次敷料。

尽管E4病房的患者们病情复杂且严重，但他们并不内向也不消沉，而是坦率开朗，相貌看起来也很英俊漂亮。他们之所以有这样漂亮的面孔，是因为长相丑陋的人不可能在遭遇了他们所经历的事情之后还能活下来。无论是在孤儿院、大街上还是监狱里，长相好看的人们总能获得优待。E4的患者们都知道自己外表美丽，所以才有这样积极的精神状态。他们很少抱怨，即使偶尔冒出一两句，也绝不会论断上帝对他们的不公。他们只会抱怨食物不好吃或者烟不够抽，有时发两句护士的牢骚，或者在治疗时喊疼。总的来说，他们是苦中作乐且开朗有趣的。

和其中的病人一样，E4病房是一间破败且陈旧的病房。由于现在正在修建新的医院，于是管理部门非常不愿意将资金投入到旧医院来。不过时不时地也有一些幸运的病房能重新粉刷墙壁、装上新的窗帘。再就是当督察官员对医院管理方施加的压力足够大时，我们甚至可以有新的壁柜。但是，E4病房却一直没能走运，所以墙皮在剥落，窗帘在褪色，病房里的壁柜也破旧不堪。

这里也基本没有任何装饰。大多数病人床边的壁柜只有最上面一层还可以使用，上面放着他们生命中为数不多能陪他们一起历尽坎坷的照片。比尔·拉克莱有一张自己还是水兵时拍的照片。照片里的他留着和现在一样的八字胡，只不过那时的肩膀更加壮实，一笑起来露出洁白的牙齿。史蒂夫·弥尔顿保留着一张他以前玩摇滚乐队时的一张由粉色和橘色交织而成的似真似幻的海报。唐氏综合征患者萨米有一张圣帕特里克节时拍的照片，照片里他绿色的背心上别着一枚绿色的三叶草，头戴一顶亮绿色的高帽，看起来像个上了年纪的精灵。有时，一位艺术学院的学生会来给我们病房里这些帅气的病人画素描，之后，就会有漂亮的

木炭笔画摆放在病人的床头。但总的来说，E4病房基本没有什么装饰。

D3病房发生火灾后，E4病房的装饰情况就更糟了。

这场火灾是由一位病人引起的。注他一直等到出院前一天才纵火，那天正好是月初的第一天。他离开医院，先是去了市政厅。此时新任市长还没来得及实现他取消救济金政策的竞选宣言，所以这位病人依然领到了他的360美元。接着，他去加油站买了两罐汽油和一升伏特加，然后返回了医院。D3病房此时正关闭重修，但是他还是溜了进去。他四下寻找毛巾的时候，就开始喝酒了。他用汽油浸湿毛巾，然后将它们挤放在门缝里面，点燃毛巾后他开始睡觉。

尽管建筑老旧，但仍然留有许多石棉材料。于是火并没有烧起来，而是闷烧起烟。最后火被扑灭，这位亚克斯先生也在一醒来就被赶出医院、送进了监狱。发生火灾的结果就是第二天消防局长来每间病房巡查。他巡查的目的不是寻找潜在的纵火犯，而是将墙壁上的纸——所有的图画、照片和贴纸——都撕了下来。对此，消防局长解释说，它们都属于火灾隐患。

所以，火灾之后，E4病房的墙面变得光秃秃的。但是，另一位来医院巡查的地方官员则说，病房的墙面太单调无物了，他坚称病人们也可以在床头的墙面上表达自己的个性，毕竟，现在病房就是他们的家。于是，这位官员颁发了一道指令。随之而来的是几周后每间病房的活动治疗师都搬来了34张软木板，然后开始工作。他们从《家政》《体育画报》和《时代周刊》等旧杂志上剪下一些图画，贴在软木板上。他们的工作杂乱但是高效，所以下一次有官员来巡查的时候，每位病人床头的墙面上都已经表达出了某种个性。

对于这一系列的变化，E4病房的患者们都没怎么注意。因为他们曾经居住的贫民窟、棚车和兵营里，并没有太多的墙壁。对于那些曾流落街头的患者来说，街上根本没有墙壁，所以他们自然没有注意墙面装饰

的习惯。就这样，这些患者的记忆慢慢被清零，能够讲述过往的只有他们身上的文身，因为这种镌刻在皮肤上的记忆实在方便在迁徙的路途上携带。

如果说E6病房的痴呆症病人们是没有思维的肉体，那么E4病房的患者们就是失去了健全身体的自由灵魂。有时我穿梭于这两间病房，着实遗憾不能把这些病人身上机能健全的部分组合在一起，即把E4病房患者的思维注入E6病房里患者的身上。比如，我多想把比尔·拉克莱先生仍然可堪大用的大脑移植到戴尔先生健全的身体上。

可是转念一想，这样做未必更好。或许比尔有了戴尔先生的健康身体后极有可能又会回到酒馆喝酒，然后酩酊大醉地从酒吧的转椅上摔下来磕坏了头，结果仍然难逃瘫痪被送医的命运，只不过这样他折腾坏的就是戴尔先生的身体了。

*

除了面貌英俊的病人们外，使E4病房充满生机并且团结紧密的还有负责这间病房的医护人员。其中，最突出的是这里的主管护士克里斯蒂娜、男护士埃伦和活动治疗师莱斯。

与深池医院里的许多护士一样，克里斯蒂娜也是菲律宾人。她身材矮壮，有乌黑的头发、深色的皮肤和乌溜溜的眼珠。不过，克里斯蒂娜的性格里有一些与众不同的地方。大多数菲律宾裔护士都和蔼可亲、恭顺有礼且温暖人心，她们一直保有着一种缄默，她们有礼貌的顺从就像英语一样，是她们的第二语言。但是克里斯蒂娜的温暖与语言无关。她算不上美丽，但是她的微笑和眼眸里似乎流转着某些东西，那是柔软温和与聪明善良。换言之，克里斯蒂娜爱着她所照顾的病人们。她叫得出他们每一个的名字，记得在他们身上发生的每一件事，她发自真心地以这些病人们为荣。我之所以有这样的体会，是因为就在我接手E4病房的第二天，她坚持让我去看看“她的”病人杰瑞·吉伦[注]。

还记得我对E4病房的患者的病情总结吗？杰瑞·吉伦是为数不多的几位不属于这类病情严重的患者之一。他没有患脑卒中，也没有多发性硬化症和脑外伤。此外，他也没有糖尿病、精神分裂症或者毒瘾。但是，他也不像E4病房里其他病人那么英俊和健谈。吉伦先生有一个先天的毛病，尽管我们都不了解具体是什么情况，不过他自婴儿时期就住在专门的看护机构里，直至59岁的现在。他是个盲人，有癫痫症，智力发育迟缓。克里斯蒂娜说，他现在也只有一个两岁儿童的智商。我对此却深表怀疑。在我看来，两岁的孩子都是机智调皮的小恶魔，而吉伦先生几乎什么都不会做。所以，两岁的结论只是克里斯蒂娜的高估。对我来说，吉伦先生是个谜思，是个问题，是个神奇的存在。我一直在想，为什么我们会以如此卓越的方式去护理这样一位病人。

我们没有其他的选择。即便我们对他的照顾不会有任何实际成效表现出来，但是我依然很喜欢照顾他。这么说是因为他的身体情况永远不会好转，也不会有出院的可能；他也不可能去结婚、找工作或者和成为社会的建设者。在此之上或者说正因为此，依然能尽全力来护理吉伦先生，才令我为之骄傲。

不过多年以来，我也从他身上学到了很多的东西，这是一些很特别的东西。吉伦先生坐在椅子上时，双手放在膝盖上，他的脸平静而警觉。即便双目失明，他的眼睛也睁得大大的。他的神态让我想起那些被称为“坐雕”（Sitting Scribe）的埃及雕像，吉伦先生和它们一样，不发一言却侧耳倾听，双目皆盲但通晓世情，置身事外而观察不辍。每当我匆忙地从他身边走过，穿行在这间镌刻了太多生命的毁灭与悲伤的病房时，吉伦先生安详的样子总能让我回归本心。他让我回忆起，如何用新的方式来利用身边的资源；告诉我有些事物的存在充满深意，只是我们从未注意；告诉我人类永远不知道对于上帝来说什么才是有价值的。还记得佛陀对涅槃的述说吗？那是种“无眼、耳、鼻、舌、身、意”的境界。吉伦先生何尝不是在不知不觉中就涅槃了呢？

吉伦先生每天都去学校上课。校车上午来将他接走，下午三点的时候准时将他送回医院，正好可以让吉伦先生按时领到加餐——全麦饼干和橙汁。早上上学之前，护士们给他穿好衣服，扣上纽扣，喂他吃完早餐。她们还要给他梳好头发，挡住头上的斑秃。吉伦先生放学回来后，护士们就将这个过程反过来操作一遍。我则负责他的治疗。我要控制他复杂的癫痫症状和时而发作的肺炎；确保他注射流感疫苗，参加月度和年度的体检。这么一套流程下来，我敢保证吉伦先生从头到脚都健康无比。

克里斯蒂娜也对吉伦先生的状况非常骄傲，于是她在我接手的第二天就急着让我看他的情况。

“维多利亚医生，您来看看杰瑞的进展吧。”

听到她的邀请，我随即合上了正看着的表格，跟着她走出了护士站。吉伦先生的微笑的确很美好，他的衣服也整洁干净。当我们朝他走过去的时候，他的头微微向我们转过来，仿佛听到了我们的脚步声。

我们站在他的面前。

“杰瑞！拍拍手，给维多利亚医生拍拍手！”克里斯蒂娜冲着杰瑞的耳朵大声说。

说完，她等待着。

可是什么都没有发生。

“杰瑞，拍手啊！让维多利亚医生看看你的本事！”

吉伦先生好像什么都没有听到一样。克里斯蒂娜吐出的单词仿佛飘浮在空气里，一个接一个地飘过我们与吉伦先生之间那三尺的距离。突然，他的脸亮起了神采，举起那双短粗而未被老茧侵蚀的手掌，双手并

拢拍了三次。

“你看，”克里斯蒂娜笑着说，“他能拍手了。”

克里斯蒂娜对于每个病人身上有价值的地方都了如指掌。比如，她让杰瑞拍手的测试，是告诉我们他的身体没有出现问题的最佳方法。这既是一项精神状态的小测试，又是一次体能训练。多年来，我发现自己不止一次地在他耳边喊“杰瑞，拍拍手！”如果他抬起手掌并合起三次，我就放心了——他的身体状况没有问题；如果他没有反应，那么就要执行一系列的X光片、血液检查和抗生素治疗。

克里斯蒂娜了解患者们的家庭背景。她清楚地知道哪些患者是离异的，哪些是二婚，以及他们的继子女情况。她也知道患者们对于食物的好恶。她知道某些患者在数年间多次服用过某种药物但是药效不佳的原因，甚至对于那些已经被我们过分“热心”的病历室删除的检查记录，她都铭记于心。如果我有什么问题，或是新的想法想要尝试，再或是对于某位病人有所担忧，都会去问克里斯蒂娜。

此外还有我们这里的男护士埃伦，他是同事中特爱炫耀的一个。他身形修长，相貌平平，却有着骄傲自满的举止。埃伦平时话不多，他骄傲和快乐的来源是那辆用辛苦赚来的工资购买的宝马车。有一次他告诉我，他从来不开车上班，而是乘坐公交车。每逢周末，他就把车擦得亮亮的，然后以每小时190千米的速度奔驰在沙漠公路上。埃伦的炫耀方式是所有菲律宾裔男护士在沉默的菲律宾裔女护士面前的表现方式。尽管她们看起来沉默，却是这个病房真正的负责人。或许，这是菲律宾文化中母系文化的体现。正因如此，每当我看到菲律宾男护士的时候，总会产生一种莫名的同志情谊。他们也听从女护士们的指挥，甚至在强势的女护士面前显得有些怯懦。

埃伦听从克里斯蒂娜的工作安排，并且不会在同时间休假，也会将病假和周末休息错开。E4病房的工作繁重，但是对埃伦来说却意义非

凡。以前我从不了解，直到后来E4病房被解散，护士和患者们分散四方的时候，我才知道这份工作对于埃伦的重要性。后来，埃伦去了凯医生所在的临终关怀病房，我却听说他的情况并不好。他情绪消沉，体重增加，像临终病房里的病人一样失去了精气神。有一次我们在医院偶遇，埃伦正推着一具尸体要去停尸间。

“维多利亚医生！”看到我，他的脸上绽放出神采，给了我一个拥抱。

“你最近如何啊，埃伦？”我问道。

他抬了抬眉毛，眼珠转了一下，看着正推着的轮床。“这里病人去世得太快了，我不喜欢这种感觉，”他说，“我喜欢帮助病人一天天好转，让他们活着，而不是送他们死去。”

“我们都不喜欢死亡，对吗，埃伦？”我说。

“当然，维多利亚医生，我们都不喜欢死亡。我真的很想念你和克里斯蒂娜，还有莱斯，以及E4病房的病人们。”

*

莱斯是E4病房的活动治疗师，她身材健硕，胸部丰满，皮肤黝黑，有一双圆圆的笑眼，说起话来就像个女低音歌手。

莱斯对病人们也很了解，用“我们的孩子们”来称呼病人。这样的称呼习惯来源于她到深池医院工作之前的经历。她和病人们玩扑克牌和二十一点，给他们读新闻、放恐怖片，大多数时候，她总是喜欢和病人开玩笑。

“怎么了，比尔先生？今天怎么不想跟我们一起玩扑克呢？是不是怕输啊？是不是担心吉伦先生会赢啊？来嘛，就玩一把！嘿！你马上就

抓到21点了嘛！”

也正是她让西蒙·斯克利先生顺利回家了。

很难说我喜欢西蒙·斯克利。首先，斯克利（Scurly）这个姓就让人由谐音联想到“下流的”（scurrilous）。西蒙这个名在以前多用于美国南部种植园主，所以，这也可能就是他的出身。斯克利先生看起来也并非风流倜傥之辈，而是易怒多疑、性格乖戾的人。他告诉我们，他既不愿意待在医院，也没有一定要住在这里的必要，因为他的身体一点问题都没有。他的房东将他送到深池医院的原因就是想收回他住的那间政府限价的出租房，结果他作为一位82岁高龄的老黑人，就成了牺牲品。

可实际上，西蒙·斯克利先生身上的问题很多，他的家访护士也是这么说的。由于他长期忽略自己的糖尿病，所以现在近乎失明。由于糖尿病并发症有时会导致血液循环不畅，他的一条腿也被截肢了。他的红细胞数目很少，所以患有贫血症。斯克利先生吃得也不健康，由于年事已高，他也没办法每天自己注射两次胰岛素。最糟糕的是，他的糖尿病已经影响到了膀胱附近的神经以及胃肠道，这就意味着不久之后他将大小便失禁。这往往就是压死骆驼的最后一根稻草。

然而，此时的斯克利先生身材健壮，棕色的皮肤上分布着雀斑，头顶已秃。他怎么也不相信自己会有这些问题。他同我、克里斯蒂娜、埃伦和莱斯都说过，他身体很好，没有问题。他并不需要注射胰岛素，只要允许他出院回家，他能应付得来。他瞪着我们说，妨碍了他正常生活的其实是那些被市里频频派到他家的社工——那群烦人的婆娘！

比起以前在收治病房的时候，我有更多的时间与E4病房的患者们相处。这对于西蒙·斯克利先生来说也是好事一桩，因为不久后我便发现，他对于自己不需要注射胰岛素的判断是正确的。家访护士给他注射的胰岛素剂量极小，如果患者只需要注射这样少的剂量，那么患者其实并不需要额外的胰岛素补充。于是，我很笃定地给斯克利先生停掉了胰

岛素。我发现他同样不需要服用那些控制血压的药物。斯克利先生一直一天三次服用这种药物，服用量也是极小的。于是我把这种药也停了，他看起来并无大碍。斯克利先生的确有膀胱感染和胃肠道的问题。治愈了他的感染并调理好他的胃肠道功能后，我的病人们都打趣说，斯克利先生夺回了对于自己消化和排泄功能的控制权。

这之后的某一天，克里斯蒂娜、埃伦、莱斯和我面对面讨论着斯克利先生的病情，并商量着或许是时候允许他出院回家了。他回家后，我们可以安排家访护士，负责把他的饮食送上门，并安排专门的社工和项目负责人。于是，我们决定在月度会议上询问斯克利先生对于这种安排的看法。

他的想法很简单，回家之后不希望还有社会福利系统派来的怪里怪气的女士们来访。他直截了当地告诉我们，他不会让这些陌生人进门的。

他坚持说："就让我回家吧，我会好好的。"

从内心来说，我们也很希望让斯克利先生出院回家，但心中还是不免有些担忧。他的病情需要有人看护，而且他没有家人。但是还有莱斯。

"维多利亚医生，我会顺便去探望斯克利先生的，"莱斯自告奋勇地说，"我们的住处离得并不远，而且斯克利先生挺喜欢我的，他应该会让我进屋。我打算每周六给他做一次炖肉。你很喜欢吃炖肉，是吧，西蒙？一个星期我会去看他，给他做几次检查，就用下班后的时间。"

就这样，我们同意斯克利先生出院了。他在家中健康生活两年后去世了。这两年间，莱斯信守承诺，有空就去探望他，时不时在斯克利先生的厨房里给他做饭吃。一个亲切友好而温暖美丽的年轻高个子黑人姑娘，陪着一位坐在胶木桌边的老者开开玩笑，逗得他前仰后合。每当我

想起这样的一幅画面，都觉得十分美好和欣慰。

我很好奇，如果司法部和戴维斯案件的律师们知道了斯克利先生的出院始末会做何感想。由于斯克利先生出院后是住在社区而非治疗机构中，或许他们会因此而同意出院的决定？然而，斯克利先生出院后的看护工作都由一位未经监管的医院员工私自承担，他们会因此表示反对吗？无论如何，斯克利先生出院后，E4病房就空出了一张床位。正是由于这张空床，我收治了保罗·本内特。从某种意义上说，这也是我坠入爱河的开端。

---

1. 12年级，相当于高三。

2. 蓝色警报，在美国和加拿大等国医院中表示有病人生命垂危，需要立刻急救。

3. 半品脱，约240毫升。

4. 原文出自《圣经·雅歌》第六章。

5. 莱茵石，一种仿钻。

6. 这个词源学说法来自《牛津拉丁语字典》。实际上，深池医院被一道由圆石精巧地堆成的围墙包围。我听到的说法是，这道墙是由患者们用市政街道上拆下来的鹅卵石建造的。这道墙确实界定了这个“群体”——在墙里就是深池医院，墙外面则不是。

7. 这封信的标题是“对深池医院和康复中心的再次调查”（Re Investigation of Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center），署名是Ralph F. Boyd Jr.，日期是2003年4月1日，信函是以司法部的名义寄来的。这封信有30页，我在这里只概述了信中最重要的一些要求。这封信的确提了一些好意见，我们的确有一些只要有地方可送，就应该让其出院的患者。但是我们的患者租得起的公寓并不多，市里也没有哪怕一家精神病治疗机构能够接收我们送出院的那些在街上闲逛的痴呆症患者，更没有哪家疗养院可以接收出院后还要坐轮椅的患者。然而，他们没有说出口的问题就是，救济院这个概念中就有某些彻头彻尾错误的东西。比如说，司法部写道，深池医院“违反”了《1990年美国残疾人法案》；它“辜负”“拒绝”“耽误”“孤立”了它的患者，还“歧视”他们；院方在患者出院的工作上“不主动”，只是“认为”它的患者无处可去。

8. 不过，表格填写协调员的确必须很聪明，还要全职从事这份工作。这份表格有17页，填写手册有538页。

9. 关于出院的统计数据从来都不好获取，但深池医院的质量管理部门的确给了我一份关于两次患者评估的审计报告。1999年的第一次评估是回应司法部的第一封信函，这次评估认为深池医院80%的病人应当出院，有11名病人在30天内就可能出院（大多数都是康

复病房的病人），而90天内还有另外35名病人可以出院（大多数都是长期康复病房的病人）。其余的1036名病人则没有出院可能，这占到了全部病人的90%。2003年的第二次评估是司法部的第二份信函要求的，当时的1040名病人中有990人没有出院可能，这又是一个90%。

10. Isaac和Armat的Madness in the Streets杰出地叙述了一群激进的60年代所孕育出来的理想主义律师是如何关闭州立精神病院的。他们追踪了反精神病院运动，其开端是20世纪60年代的R. D. Laing和Thomas Szasz，一直到70年代由联邦政府出资建立的“保护与支持公司”（Protection and Advocacy, Inc./PAI），再到后来80年代的左右翼联盟和后来的去收容化以及将精神病患者丢到大街上。他们写道，到1989年，大量无家可归者都被归类被赶出来的精神病患者：42%的男性无家可归者和48%的女性无家可归者有重大精神疾病（该书第5页）。“毫不令人惊讶，那些以站在‘无家可归者’的立场上自诩的公民自由主义（civil-libertarian）律师绝对不想让他们在今天这出悲剧中所扮演的重要角色为人所知。相比其他一切团体，他们要对关于强制收容治疗（civil commitment）的法律修改负最大的责任，这些修改使得病情最严重的许多患者不可能得到收容和治疗。”（见该书第13页）

11. 关于戴维斯案的和解方案，可参见www.pai-ca.org。关于奥姆斯戴德案，请参见www.supreme.justia.com网站的Olmstead, Commissioner; Georgia Department ofHuman Resources Et Al. V. L. C. by Zimring, Guardian Ad Litem and Next Friend, Et Al. -527 U.S. 581。如果想了解PAI公司的律师如何看待这件事，请参见www.dredf.org/press/laguna_settles.html。

12. “目标案例管理”的最初预算是150万美元。在第一年里，该项目审核了深池医院的所有患者，找到了它认为可以出院的17名患者。其中，在评估期有5人去世，他们的出院已经毫无意义。9人病情严重，不得不送到县医院住院。最后只有2人出院（深池医院与康复中心联席会议委员会会议记录，2005年1月）。在三年的项目期中，该项目共让139名患者出院，大概每月4人。然而我们不清楚这些患者中有多少人即使没有这一项目也会出院（数据来自目标案例管理项目2007年5月月度报告）。其中有一段的标题是“目标案例管理项目产出”，但是这一部分只讲了有多少患者从深池医院出院。旧金山市公共卫生局的一份2008年的报告显示，在此前48个月内，平均每月有5.2人出院。然而，PAI的律师们还是断言，“目标案例管理项目的评估显示，80%的住院病人应该在社区中接受护理”（www.bazelon.org）。在利益相关者中，受到审核的患者中有49%的家属和朋友不支持他们出院。就我所知，在目标案例管理项目让患者出院后，后者的生活经历仍然没有公开。当我问起此事时，项目工作人员一概缄口不言或一无所知。不管怎样，“没有人实际上证明过，社区护理比州立医院的护理更加人道、更有疗效，或者更廉价”。（Madness in the Streets第287页）

13. 深池医院、县医院、精神卫生康复机构都是旧金山市（与县）立的公立机构，因此它们的行政和预算事务都由该市政府下设的公共卫生局负责。因此后文中公共卫生局长斯坦因医生有权调整深池医院的预算安排。

14. 精神卫生康复机构是在1987年由提议C出资建立的，所谓提议C是一宗2600万美元的债券，募资用途是建造一座供精神上有残疾的人使用的专业护理机构。建造过程花去十年，1996年该机构投入运营，有156张床位。根据一位曾经在那里工作过的精神科医生的说法，这一项目颇为成功；大多数患者后来没有重新流落街头（摘自Janice Cohen医生的信，可以在www.sf4lagunahonda.org 上找到）。该机构最大的问题永远是患者的出院问题，最后那里住满了受过治疗的无家可归精神病人。这就是斯坦因医生决定将其重新定位成一家精神病人的护理机构的原因，也是他尝试让其患者出院后住到深池医院来（不管这么做是否合法）的原因。

15. 关于这次会议的文字记录，可参见旧金山市议会市政服务委员会（City ServicesCommittee）的Transcript of Laguna Honda Admissions Policy Hearing Audiotape，这次会议发生在2004年6月24日。斯坦因医生在向议员们描述查尔斯先生的时候撒了谎，他说查尔斯先生是“一位与深池医院相处的不愉快的精神病患者”（第7页）。斯坦因先生还说，“（安置查尔斯先生的）这笔钱将从深池医院的预算中支出”（第24页）。

16. “Peregrinatio”是一段离开家的旅途，“peregrinus”是一个异乡人、外国人（《牛津拉丁语字典》）。朝圣者（pilgrim）是去过圣地的人，一个旅行者、漫游者、乞讨者（《中世纪英语字典》）。

17. “Hap”指的是“机会”或“好运”，而“happy”是“十分愉悦或满足的精神感受，来源于对处境或环境的满足”（自《牛津英语字典》）。举例来说，字典里引用了公元4世纪史学家帕拉迪乌斯（Palladius）的话，“种子有变成大树的机会（hap）。”其原文为“Hit is bot happe of plante a tree to gete”。

18. 罗梅罗医生“被迫收治了该纵火犯，后者擅自离开了旧金山综合医院”（旧金山综合医院即文中的县医院，这段话出自市议会市政服务委员会上述会议记录的第16页）。第二年，一位护士对州政府调查人员解释称，患者的空间没有个性是因为消防局长不允许这么做（美国卫生和公共服务部，医疗保险与医疗补助中心著，Statement ofD efic iencies and Plan ofCorrectionfor Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center，第119页）。文件中将后一段引言联系到2005年一次讨论会上的护士发言，但这可能是误印。

19. 因为一般来说，只有医生才会说病人是“他的”或“她的”。

第九章
难舍医患情

毫无疑问，不论从纸质材料还是最小数据集电子表格上来看，保罗·本内特都不是一位斯坦恩医生一直试图扔进深池医院的、极为棘手的病人。那些棘手的病人滥用可卡因和酒精，无家可归，性情易怒且伴有自残行为。更重要的是他们所患的疾病几乎是无法治愈的。这一切都证明了即便最小数据集表格上有1100项密密麻麻的信息框，但是它仍然无法准确地反映患者的病情。

我初次见到保罗·本内特时，他刚从收治病房转入E4病房。那时的他躺在床上，看见我朝病房走来，就开始表现得充满攻击性。他抱怨护士没有好好给他换衣服，而且他脚上的情况越来越不好。保罗还说他需要抽烟，他还没有轮椅，他预约了县医院的诊查，质问我有没有安排好。然后他就这么瞪着我。

他肤色深棕，瘦骨嶙峋，深深凹陷的两腮上仅存一小撮黑色的胡须。他的黑发细软而卷曲，头顶上只剩下薄薄的一些头发。他身材高大，相比之下病床都显得太短。他被截肢后剩下的那一条腿只能抵着床尾部，脚塞进了栏杆缝里。他没有洗澡和剃须，显得烦躁易怒。

我知道保罗这样的表现都是因为他身体上的问题。可能是由于疾病导致了他总是脖颈笔直，下巴突出，不苟言笑。他清澈的棕色眼珠盯着我，不是在乞求或者引诱，而是真诚地看着我，即便显得有些暴躁。

由于之前已经和罗梅罗医生沟通过，我知道保罗的主要问题是“周围血管疾病”（peripheral vascular disease）。这是一项暧昧而不容乐观

的诊断，因为它说明保罗腿部的血液循环很差，这可能是保罗（腿部的）大动脉被血凝块或粥样斑块阻塞而导致的。这种病情在老年患者中多发，而以保罗47岁的年纪来说，确实罕见。

保罗告诉我，病情是在一次工作中突然产生的。当时，他正在为蒙特古董展辛苦工作，安排参展的家具，突然，一个书柜倒下，将他的左髋骨砸断了。这很反常，因为他当时才42岁，身体强壮而健康。事发后他被送往大学附属医院救治，那里的医生给他安装了人工髋骨。但手术之后，他的左腿就一直出现问题。保罗总是感觉腿疼难忍，医生发现他的腿部大动脉被一个血凝块堵塞了。所以，医生再次对他进行了手术，试图利用大动脉旁的一条血管来绕开阻塞处。可是，术后不久，那一条血管也被阻塞了。医生前后又进行了三次补救手术，每当他们选取了一条血管进行搭桥手术后不久，那一条血管也会出现阻塞的情况。

接着，同样的情况也出现在了保罗的右腿上。尽管那边的髋骨并未受过损伤，但是那里依然出现了恶化的情况。所以，保罗不得不接受手术更换了人工髋关节。同样，右腿术后也出现了大动脉阻塞，于是保罗又经历了一连串的动脉搭桥手术。即便他已经更换了两边的髋关节各两次并且完成了四次动脉搭桥手术，他的腿部和臀部疼痛依然没有消失。然而，就在几个月前，他新换的右髋骨又从关节窝中滑出，医生们因此要求他卧床静养。可就在卧床期间，他的左脚出现了感染，即便使用抗生素进行治疗也不见好转。所以，保罗住进了县医院，并在那里切除了被感染的脚趾。但因为保罗的血液循环不好，所以他的截肢伤口并没有愈合。于是医生们再次手术，切除了整条小腿。可是截肢伤口还是没有恢复，医生们只好切除了膝盖以上的部分，只留下了短短的一截腿部。令人安慰的是，这一部分的创口终于愈合了。但是，保罗之后就基本只能靠右边躺着了。因此，他的右脚处出现了溃疡，右边臀部也有褥疮。雪上加霜的是，他已经失去了工作和住处，曾经所拥有的一切都被扔进了仓库。

“你有家人或是朋友吗？”我问他。

他离婚了。前妻不知所踪，还有个儿子也不在身边。

那么他是否滥用毒品和酒精？

那已经是很久以前的事了，现在保罗已经完全戒除了海洛因、可卡因和酒精，他为此付出了很大的努力。

罗梅罗医生在拍X光片时发现了他背部有一颗子弹，这又是怎么一回事呢？

保罗对此轻描淡写，说那是在他做出租车司机的时候受的伤，对于细节却不愿多谈。

我给他做了检查，腿部的截肢处已经愈合，但是右腿的情况却很糟糕。我在他的右脚上甚至感受不到脉搏，脚底和边缘的溃疡里出现了化脓的症状。右边臀部上的皮肤已经没有了，只剩下一个很深的感染伤口。

这情景看着令人伤心，但是这样的预后是必然的。为了让左腿的截肢伤口愈合，医生让他完全靠着右边臀部躺卧。因此，长期的右侧卧导致了褥疮。现在，保罗被送到了E4病房，我们希望能够治好那处褥疮，并最终让他可以回家休养。

初来的几个月，保罗并不配合治疗。

无论晴雨，他唯一喜欢做的就是自己转着轮椅，移到病房外，在那里抽烟或者阅读。其实保罗心里清楚，无论是尼古丁还是久坐，都对血液循环有害，不利于他的溃疡恢复。可是，他花在阅读上的精力比抽烟还多。无论什么时候看见保罗，他都在阅读，而且题材涉猎广泛。但他最喜欢的是科幻小说，把医院图书馆的书籍一本一本地借来看。他依旧

烦躁易怒，而且狡黠地应对医护人员。他不让护士们清理他的床铺，甚至是床铺周围也不让护士动手。此外，他把东西到处乱放：他的光盘、棕色的纸袋子，还有书籍四处都是。在这种情况下，即便护士们性情再温和，也不免发怒。由于保罗的东西到处都是，急需清理，所以克里斯蒂娜尝试跟他沟通。可每当克里斯蒂娜开口，保罗就眯着眼睛，拒绝清理的要求。不仅如此，他也不让医护人员给他洗澡，于是他的头发藏污纳垢，身上也脏污不堪。保罗白天的大多数时间都在睡觉，却整晚保持清醒。他吃的也非常少。

*

当我结束了朝圣之旅的第一段后返回医院时，克里斯蒂娜对我说的第一句话就是："维多利亚医生，您去和保罗谈谈他的溃疡吧。他既不做整形手术，也拒绝整形外科医生的诊治，溃疡的情况看起来实在太糟糕了。"

克里斯蒂娜说的没错，保罗的伤口看起来糟透了。即便他一直都在服用抗生素，但是他右脚上的溃疡和右边臀部的大伤口已经因为化脓而变得粘连、有异味，而且已经被感染。感染的深度也许已经达到了骨头。我费了好大的劲儿才劝他同意让整形外科医生来看看溃疡伤口。整形外科医生们检查后，认为病情并不乐观。他们告诉保罗，他的人工髋关节已经受到感染，需要更换。他右脚上的溃疡需要手术切除，而他右边臀部上的溃疡伤口则需要一大块皮肤来盖住。这样的话，保罗就必须返回县医院。

可是，事情并没有按照计划顺利推进。保罗确实返回了县医院，并在那里住了三个月。外科医生移除了他的髋关节假体，但是保罗的褥疮并没有愈合。他们通过手术切除了保罗右脚的溃疡，但是伤口同样没有愈合，而其元凶可能就是他的周围性血管疾病。因此，医生们不得不对保罗的右小腿进行截肢手术。与此同时，他右边臀部的溃疡创口也变得更宽、更深。在这种情况下，外科医生们放弃了进一步的治疗方案，直

接将他的右腿连同右边臀部一同截肢了。他们将剩下的皮肤盖住了剩下的半边臀部，然后将保罗送回了深池医院。

当我再次给他做检查的时候，并未发现他有好转的迹象。他极度瘦弱，表现得尖锐易怒而且抑郁低落。新的截肢手术对于保罗形体外观的破坏是惊人的——他没有了腿。但最糟糕的是，截肢处剩下的皮肤本来要覆盖住因为右边臀部截肢而导致的13厘米乘20厘米的伤口，可是现在边缘处已经有变黑的迹象。这一切看起来都触目惊心。这位曾经帅气且独立的黑人男子现在失去了双腿，但相比覆盖在伤口处的皮肤的坏疽而言，这都不算什么。因为倘若保罗失去了这块皮肤，倘若这一块皮肤最终变黑并脱落，那么他的身体就彻底失去了与外界的阻隔和保护，坏疽就会继续发展。这样的话，坏疽会扩大，保罗就会缓慢地走向死亡。

在这种情况下，倔强的保罗也屈服了。所谓屈服，并不是说他停止了吸烟和阅读，或者不再整夜坐在轮椅上看电视，而是他开始允许护士为他换衣服，并对此表示感谢。他开始尝试着进食，而且躺在床上的时候避免碰到右边臀部余下的部分。

尽管如此，伤口的情况还是恶化了。虽然服用了抗生素，缝合的皮肤还是变黑了，而且被它覆盖住的伤口也开始流水并发出恶臭。于是，我和保罗一起去求助于整形外科医生，看看我们还能做些什么。外科医生检查了伤口，表示没有办法覆盖住或者用植皮来遮住这个伤口。因为保罗已经没有足够的肢体可以让医生取下如此大面积的一块皮肤移植到伤口处了。不过，直到保罗离开诊疗室，他才开口谈论病情。我问他：“你觉得怎么样？”

他摇摇头，说：“情况太严重了，我也无计可施。如果伤口没办法自行愈合的话，那么……先让病人尽量避免碰到伤口吧，而且必须得戒烟。”

对于接下来可能发生的事情，我们都不敢想象，我也不知道还可以

做点什么来帮助保罗。但是，如果我们什么行动都不采取的话，保罗就会在21世纪，被开放式创口这种古老的、中世纪式的死因夺去生命。我知道你们会将这一切后果都归咎于保罗自己，毕竟的确是他不注意休养，一直抽烟、读书，还彻夜坐在轮椅上。但我并不认为如果保罗戒烟并且遵医嘱卧床后，伤口就会愈合，因为他的病已经发展得太过深入了。

*

我离开医院，想去沙滩边散散步。我想静下来思考一下，肯定还有一些治疗是我们依旧可以为保罗做的。突然，特莉·贝克的案例跃入了我的脑海，我产生了“将阻塞移除”的念头。但是保罗身上的阻塞并不简单，这是一处恶性而活跃的血管闭锁，它导致血液无法流通，从而阻塞了血管。我一边走，一边在脑海中整理了一遍保罗目前的情况：他已经在服用抗生素；身上已没有还能切除或者截掉的部分；他的床铺是经过特别处理的，护士们的护理也很到位；他本可以戒烟的，但是没有；即使他依照整形外科医生的建议卧床，也没有太多可以支撑身体的部分了。我实在想不到自己还可以做些什么了。

散步的时候，我又想起了自己的朝圣之旅和希尔德加德。我问自己，希尔德加德对病人无计可施的时候，她会怎么做呢？我想，她应该会祷告。那么，她会为保罗祷告些什么呢？应该是祈祷他的身体、意志和灵魂都得到上帝的医治而痊愈吧。于是我也照做了，尽管没有针对哪个特定的神明，也没有必要非得这么做，但我还是在心中默默地为保罗的健康祈祷。我走在海边，脚下是沙滩，远处吹来咸咸的海风，浪潮涌上海岸又退回海中。

散步之后我回到了医院。就在我回去的那一刻，巴特医生叫住了我。之后她告诉我的信息虽然称不上是一个奇迹，但也标志着保罗身体、意志和灵魂康复的开始。

“我刚刚一直在思考保罗的情况，”她说，“他怎么样了？我看见他在屋外，我们聊了聊，他还是像往常一样抽烟看书。”

我把他的情况告诉了巴特医生。

之后，她说出了我从未想到的治疗方式：“为什么不试试高压氧舱（hyperbaric oxygen）呢？”

所谓高压氧舱治疗就是让病人躺在一个干净的塑料舱内，用加压的纯氧来治疗他们。治疗的原理是高浓度的氧气可以在一定程度上帮助伤口愈合。由于这种治疗方式并不普遍且效果未经验证，所以我以前从未用过。

“你觉得呢？”我问。

“我已经在之前的几位病人身上用过这种治疗方法，操作起来确实麻烦，但是可能会有效果。我来告诉你具体如何做。”

她详细地给我讲述了治疗过程和方法。于是，我替保罗预约了市内唯一一个高压氧舱。我们一同见了负责具体操作的高压氧舱专家，他跟保罗聊天，检查他的伤口，认为高压氧的治疗方式或许能有效。就这样，保罗开始每天去接受治疗。

事实证明这种治疗方式确实有效，而且效果惊人。经过数周的治疗，他伤口上变黑的皮肤重新恢复了健康的粉红色，坏疽也结痂脱落。八周之后，保罗的伤口愈合了。

在这几个月的治疗过程中，保罗身上其他的部分也在愈合。之前，保罗被姐姐、前妻和儿子疏远，可就在某次室外吸烟的时候，保罗认出了他的外甥女，她现在正巧在深池医院工作。她开始在晚上探望保罗，并让其他家人知道保罗现在身在何处。保罗的家人陆续给他送来他爱吃的食物，保罗开始增重了。

很快，保罗在E4病房里就像变了一个人一样。不过，随着他的一项天赋被发现，也有一些小烦恼随之而来。保罗很擅长组装电脑，他利用在医院休养的时间用零件给自己组装了一台。他身边的病友们对此感到十分惊奇，于是保罗坐在床上教他们电脑知识。很快，护士们也带着各自关于电脑方面的疑问纷纷找到保罗。尤其是晚上，我经常看到那些身材娇小矮胖的护士们，笑着围住保罗提问题。而保罗呢，坐在床上，被子拉得很高，看起来就像曾经那个健全的男子汉。

保罗变得十分受欢迎。尤其是当他的堂兄詹姆斯给他弄来偷录的最新电影，然后保罗再将它们刻录成DVD，以3美元一张的价格卖给医院的人们时，他就更加出名了。保罗挣够了钱，给自己买了台液晶电视，而且烟也一直没有戒掉。他和我们医院另一位明星患者唐纳德还计划出院之后一起开一家影碟店。

恢复的过程中，保罗的病情也出现过一些反复，经历了一些挫折。例如，他出现过肺炎的症状，而且他的电脑垮掉了，需要烙铁来更换一块新的主板。他从肺炎中恢复了过来，又不知道从哪里找来了一个烙铁，然后就在其他患者的氧气瓶边上更换并焊好了主板。虽然没有引起火灾，但是护士们还是很生气。在保罗修好电脑后，她们就收走了烙铁。保罗截肢的右腿还出现过幻肢疼痛（phantom-limb pain）。尽管经历了这种种困难，所幸他臀部的褥疮愈合了。他重新变得开朗而机警，甚至计划着重新去联系他的儿子。

我们也开始考虑让保罗出院。

出院的安排并不容易。尽管保罗现在机智而独立，有自己的收入且可以自理，还准备经营自己的生意，也有组装电脑的手艺，但是他上次独立在社区生活的时候，还是一个差不多两米高的英俊黑人男子。现在，他失去了双腿，甚至在轮椅上都难以保持平衡。尽管如此，社工还是开始计划在保罗出院后所住的旅馆里对他进行回访。

*

时值圣诞节，我认识保罗已经一年有余，且非常喜欢他。我问他，有什么想要的圣诞礼物。

听到我说话后，他抬头从轮椅中看着我。有时候，只有上半身的保罗坐在轮椅上显得特别小。

“我想要一件钓鱼背心，”他说，“就是那种有好多口袋的背心，我在这里买不着。”

“你为什么想要钓鱼背心呢？”

“我没办法把手头上常用的东西放得井井有条。我没有腿，所以穿不了裤子，身上唯一的口袋就是衬衣上的这一个，可是这完全不够装。所以我就想到了钓鱼背心，这样我就有足够的口袋来放东西了。”

所以，我利用一顿午饭的时间去了大卖场。店员告诉我钓鱼背心在男士用品区，放在钓竿旁边。我看见很多不同颜色的钓鱼背心，有深灰色的、米黄色的，还有灰褐色的。这些背心并不贵，而且的确有许多大小不一的口袋，有的有拉链，有的敞口，有长方形的，也有正方形的。我挑了一件灰褐色的中号背心，因为他比较衬保罗的肤色且适合他的身材。我把钓鱼背心装好，里面放着写给保罗的小纸条，署名圣诞老人。回到医院后我把礼物交给克里斯蒂娜，并嘱咐她在圣诞节的清晨放在保罗的枕头上。

当我在圣诞节的早晨醒来的时候，想到的第一件事就是保罗有没有拿到他的礼物。我既希望保罗喜欢这件礼物，也希望这件背心能够合身。我已经可以感受到自己从保罗和那件背心那里收获的快乐。我知道这种感觉未必正确，但是我确确实实可以感受到它。由此，我联想到了慈善，或许这种感觉就是人们做慈善的动机和慈善行为中所激荡的情

感。我想，除了“好客”和“群体”外，“慈善”（charity）或许是深池医院的第三个宗旨。

我所指的慈善并非任何组织，也不是深池医院的口号宣言。这个概念既没有出现在医院的网页上，也不是中层管理人员幻灯片里展示的关键词。从中世纪的角度理解，慈善是一种“由爱意激发的个人行为，它让施予者与获得者都得益”。这个概念和拱形门、钟楼以及教堂一样，都深深地根植于深池医院。

“慈善”一词被西方世界所知是当圣杰罗姆[注]将希腊词语“agape”翻译成拉丁语“博爱”（caritas）的时候。[注]这个词后来演变成了英语的“慈善”（charity）。时至今日，“agape”通常被翻译成“爱”，但是这个词的含义其实更加微妙。在古希腊，它代表着“充满尊敬的爱意”。相比之下，“caritas”和“charity”的词义则比较相近，因为它们的词根都是“cara”，意思是“尊贵的”，意味着昂贵与珍贵。所以，“caritas”有“亲爱”之意，表示甜美而宝贵的爱意。

在英语中，“charity”这个词的含义也随着时间不断演变。起初，它的意思是“上帝之爱”，后来，它意味着表示此种爱意的行为，特别是关怀穷苦的病患，到中世纪，这个词表示施予者与接受者都能得益的行为，即“慈善是使我们靠近上帝的爱的纽带”。

后来，即便英国的修道院被解散，这种关怀贫苦病人的内涵仍然让施予者在灵魂上受益。慈善组织仍不断受到这种精神的感召。正因此，我们的国家建立起了医院帮助患病的穷人，我们依然深信不论贫富，救死扶伤是我们的社会职责并一直践行。慈善的精神先让深池医院诞生于世，也正是因着这种精神，建设新深池医院的议案才会以四分之三的赞成票通过。慈善，是飘荡在深池医院里的空气。

我们的志愿者团队有近千人，他们经营的小商店向患者们出售糖果和剃须膏。同时，他们还运营着一家服装部，在那里，患者们可以“购

买”由他人捐献、洗涤和修补的衣物，蒂尔先生在婚礼上所穿的阿玛尼西装就是在这里获得的。这个志愿者组织举办舞会来为患者捐赠基金筹资，还为每月的外出活动出资。患者们在他们的帮助下每月可以到医院外或看球赛，或下馆子饱餐一顿，或去骑骑马。

除了这样有组织的慈善行为外，同样重要的还有深池医院里的个人善举。对于这一点，我在这里工作的时间越长，就见证得越多。一位护士利用自己周日休息的时间烤了一整只猪，只为缓解医院里一位患乳腺癌的塔希提病人的乡愁，还有一位医生曾经把爱好音乐的病人带去剧院听音乐会。工作人员自费为患者们筹办生日晚宴，给患者们送衣服，帮他们收养流浪猫。这些简单的行为，都花费不多，都是举手之劳。

就在那个圣诞节的早晨，我想到了这些。但是，医护人员又是出于何种动机才会有这样的善举呢？我从为保罗买礼物这件事中所获得的愉悦感究竟是对是错呢？

后来，我发现希腊人对于我所获得的愉悦感也早有解释。他们将这种感觉称为“eleos”，即“怜悯”。[注]他们将这种感觉解释为“当看见厄运降临到本不该承受它的人的身上时，所产生的心痛感”。而我从施予中所获得的快乐，部分程度上是由于我的给予缓解了这种痛感。“Eleos”后来演变成了拉丁语中的“eleemosyna”和法语中的“aumone”，最后演变成了英语中的“alms”，即“布施”。人类的“怜悯”之情让他们一开始将深池医院建成了一座救济院（almshouse），而由于“救济”和“慈善”仍然是这个机构的主要推动力，它至今仍然可以算得上一家救济院。

“慈善”的行为至少在某种程度上中和了“怜悯”和其中所含的自私感。除了缓解自己因为他人的不幸遭遇而产生的心痛感之外，“怜悯”中的自私感还有更加丰富的内涵，其中蕴含着一种复杂的愉悦感。这也是慈善行为招致恶名的原因，深池医院也因此将它的第三要旨“慈善”秘而不宣。慈善的动机一直遭人质疑，人们怀疑慈善行为的本质并非为了获

得者的福祉，而是出于施予者的私利。正因如此，深池医院的慈善总是进行得十分低调，尽管身在其中的我看到了许多，但我从未见到有人大肆声张。我们只在行动中默默地传递着慈善的概念。但是，慈善的种子的确逐渐传播开来。如果不是耳濡目染了身边的善举，仅仅作为保罗主治医生的我不可能专程出去为他购买钓鱼背心。但是在深池医院，这样的行为非常普遍。无论是否为了获取愉悦感，人人都会这么做。

很长一段时间里，保罗都一直穿着这件钓鱼背心。他支撑在电动轮椅上，左边口袋里放着烟，右边口袋里放着火柴。这样的保罗看起来泰然自若，男子气概十足。

*

保罗一天天康复，我日复一日地照顾着E6和E4病房中的病人。就在日子平静度过的同时，新的医院也进入了筹划阶段。我们时不时能看见建筑师在附近测量土地。同医院的管理人员一样，建筑师们都衣着讲究。但是这两类人之间还是很好区分的，建筑师大多身材不甚高大，穿着整洁，穿着平底鞋的脚上没有袜子。他们身着炭灰色的制服，黑色衬衫和起褶的宽松长裤，留着简洁利落的短发，架着银色无框眼镜。实际上，他们和深池医院的医生、护士、患者及管理人员都有着很大的差别。这种差别就好比正在筹建的保健康复中心（Health Care and Rehabilitation Center）(注)与我们熟知的深池医院之间的差异一样大。

在前期测量准备上花了将近一年之后，建筑师们终于可以将设计蓝图展现在医生们面前。展示陈述的地点选在八楼的医学图书馆。医院里的图书馆并不多见，但这一间却是属于我们深池医院的。医学期刊陈列在墙边的书架上。里面还有沙发，一张会议桌。宽大明亮的窗户几乎可以说是这里的标志。建筑师们在设计方案上花了很长时间，此次他们向我们展示的只是初稿，他们希望了解我们的看法。

于是，首席建筑师开始讲解他们的设计。他们将患者们称为这家新

型医院里的“居民”。这些居民将分布在三幢一模一样的六层大楼内。他们解释说，其中的两栋将建在目前医院所在的山谷中，而第三栋要等克拉伦登大厅拆除后，在原址重建。三栋住院大楼之间由三层的玻璃建筑相互连接。这幢三层的玻璃建筑中将包含医院大厅、一栋新的鸟舍、两座游泳池、图书馆、礼堂、放射科室和透析室。住院大楼加上连接楼一共四幢建筑将围起一片开阔的土地，后者上建有新的温室和牧场。在建筑外，建筑师们还计划修建一座花园，甚至是一座迷宫。总而言之，所有的建筑都将以最高的生态标准为宗旨。

随后，图书馆的灯光暗了下来，他紧接着向我们展示了相关的幻灯片，我们随即展开了一段“参观”新深池医院的视觉之旅。

看着幻灯片里消失的山谷和克拉伦登大厅，我几乎认不出眼前这片熟悉的土地。我不得不承认，电脑制作出的整体植被效果看起来非常环保。三幢住院大楼方方正正，有许多窗户用以通风换气。住院大楼加上起连接作用的玻璃建筑，整片建筑群看起来就像是新开发的郊区里的写字楼。

接着，建筑师从大厅开始向我们展示建筑内部的格局。

首先看到的是照明和通风系统。医院大厅挑高很高，看起来也很宽敞。鸟舍四周采用玻璃墙，并有竹子环绕，还有壁架可供休憩。幻灯片中展示了电脑制作的患者们在这里享受休闲时光的图景，他们身形修长，面带微笑，跷着腿坐在干净的轮椅里，或倚着拐杖，远眺着窗外的翠绿美景。我们还看到了新的餐厅，跟现在的餐厅完全不一样，里面有装有圆角的食品摊、卤素灯以及一排耀眼的烧烤架。餐厅外部是平台，上面摆放着锻铁制成的餐桌。餐桌上还有印着仙山露苦艾酒商标的遮阳伞。

看完了大厅，我们“步入”了一栋模拟出来的住院大楼。有许多病房的玻璃门窗都朝向同一处阳台，阳台上有优雅的患者们，他们或抬头仰

望天空，或俯瞰六层楼以下的花园。这样的环境是静谧而宜人的。住院部内部墙壁的颜色宛如加了许多牛奶的咖啡，在如此美丽而优雅的环境中，我很难想象深池医院传统的动物进病房活动如何开展。在每年的7月4日独立日和感恩节，我们都分别安排山羊和火鸡戴着滑稽的帽子和墨镜来“探望”我们的患者。而类似麦考依夫人入院时那么肿胀蜡黄、衣着脏乱的重症病人更是与这样华丽美好的病房格格不入。

幻灯片演示完毕，房间的灯光重新亮了起来。建筑师开始询问我们的问题和意见。

我第一个发言。没错，你们展示的图画非常精美，谢谢你们的良苦用心。然而，你们可曾彻底地巡访过我们现有的病房，看看我们的患者，询问他们对目前的居住环境有哪些满意和不满意之处？

他们并没有，不，只是尚未这么做。

我并没放弃，继续询问道：“那么你们方便的时候，是否愿意进行一次病房巡访呢？”

他们欣然同意，并表示方便时会给我打电话。

*

建筑师们并未食言，他们给我打来了电话，我也带他们参观了深池医院的病房。我把他们介绍给医院的患者和护士们，给他们展示了开阔的病房和病人们玩扑克牌的大厅、教堂、过道和楼梯井。

他们看起来非常吃惊，或许还受到了一点点惊吓。随着病房巡访的进行，他们渐渐将身体“缩回”了炭灰色的夹克衫里。尽管他们没有碰到病房里的任何东西，但我很肯定这些建筑师回去后会把身上穿着的衣物彻底清洗一遍。

我并没有对这些建筑师抱有过高的期望，因为我深知他们有数千条规矩需要遵守，有数百个人需要取悦。然而我希望他们能放在心上的是把新医院修建得像目前的深池医院一样具有多重功能。现在的深池医院在需要的时候，病房能够立即转变成医生办公室，当日光浴疗法不再流行时，日光浴室能够摇身一变成为收纳轮椅的储藏间。我告诉他们，谁能预知将来的医疗模式将是怎样的，谁又能知道在同一幢建筑矗立的百年间，何种医学新思潮会到来，何种旧思想又会随之被淘汰呢？因此，要让病房隐私为患者的互相陪伴让路吗？样式为王还是以舒适为最高准则？以美学为出发点还是让坚固耐用为先导？他们能不能试着修筑的一家新医院，让它能像现在的深池医院一样，经历时代的打击和岁月变迁带来的思维冲击？

他们笑着点头，但看起来并没有被我说服。

他们的下一次陈述选在了我们新落成的市政厅会议堂进行，我准时前往。

这次介绍几乎和数月前在医务人员那里展示的内容完全一样。我再一次在幻灯片里看到了花园和空地，大厅和烧烤架。唯一不同的是这一次他们对患者住院部的介绍更加详尽。每层有两个“社区”，这是他们对病房的新称谓。每间病房中容纳30名患者。在每间病房的正中，设有开放式的护士站。在护士站的周围，15间装着双层病床的小病房呈扇形展开。每间病房中有两台纯平电视机，可能还要配备摄像头。这样的话，身在远处的患者家人不用亲自来医院就能看见他们在此治疗的亲人。每个“社区”也有自己独立的厨房，患者们可以自己做饭。他们还会共用一间公共休息室，在其中闲谈。所有病房的地上都铺有地毯，以减少噪音。医院有电脑控制的通风系统，这样一来，每间厨房、公共休息室和小病房都有自己的空气循环系统。

一种不安的情绪在市政厅会议室里游荡。我们早已习惯了比建筑师勾画的“社区”更简约、开放和具有邻里气息的环境。在我们的认知里，

邻里就意味着可以跑到隔壁去讨一杯咖啡、一张表格，或者闲来无事可以随意地聊聊天。不过，让所有人都担忧的并不是由电脑控制的通风系统、铺在地板上的地毯（这实在不是明智之举），甚至不是建筑的整体设计——设计相同的楼层上下堆在一起，几乎只有在电梯里才能够呼吸到新鲜空气，最令人不放心的，是设计师们显然忘记了轮椅的问题。

现在，人们都知道建筑师们对设计呕心沥血，做了很多努力才将经费控制在预算内。不管怎么说，深池医院是一家公立医院，它的准则是不以营利为目的，甚至通常都要故意去亏本，再加上我们的预算是有限的，而且我们还有许多规章制度。我们都知道，医院需要有电脑控制的通风系统，病人们的病房必须是半开放式的，还需按患者的比例如数配备浴室、电梯和消防喷头。建筑师们在设计医院时必须遵守这些规范。可是，他们偏偏忘了考虑轮椅的事情。

“大家有什么问题吗？”首席建筑师在做完幻灯片演示后问道。

观众们沉默无声。一位护士举起了手。举手的正是克里斯蒂娜。

“请问轮椅放在哪儿？”克里斯蒂娜问道。

“轮椅？”建筑师看起来很茫然。

“是的，患者们的轮椅，这些轮椅需要一个存放的地方。病人不用的时候还有晚上，这些轮椅需要位置停放，而且电动轮椅也需要有地方充电。”

“这样的话，嗯，”他含含糊糊地应答道，“那么有几台轮椅？一台？还是两台？”

“一共有几张病床？”克里斯蒂娜问。

“每层楼有六十张。”

“嗯，那么就需要六十台轮椅。”

确实，轮椅的数目庞大，需要占据很大空间。在现在的深池医院，我们根据病房和患者的种类将轮椅放在不同的地方。它们有的被放在闲置未用的厨房里，有的和制冰机一起放在空旷的房间，大多数轮椅被存放在日光浴室。要知道，在设计老深池医院的时代，轮椅还是罕见之物。然而早在那时，人们已经普遍认识到了阳光和新鲜空气的重要性，于是，在每间病房的尽头都设计了一间日光浴室，即便是卧床的病人也可以由护士用轮椅推到这里，每天接受阳光的照耀，呼吸新鲜空气。之后，随着日光浴逐渐不再盛行，日光浴室便随着医院业务的需要随时变换自己的用途：它曾被用作游戏房、隔离病房和单独通话的私密空间，但更多地被用来储存轮椅。

我希望我可以告诉你们，建筑师们对于克里斯蒂娜的缜密观察表示了感谢，并将这一点添加到设计方案里去了。可是，他们没有这么做，我敢肯定这是有原因的。直至今日，在新的护理和康复中心里，我们的新病房里仍然没有专门存放轮椅的空间，而新的小病房里也没有多少空间去存放它们。对此，我们无可奈何。

*

除此之外，我们与斯坦恩医生之间的对立正在升级。(注)

尽管他在市议会上同意恢复之前的收治政策，也就是让医生自己决定哪些病人是可以安全收治的，可是，回到医院后他并没有兑现自己的承诺。他怎么可能兑现呢？目前他的预算并没有比市议会开会之前的状况好，而且每月不断有新的开支项产生。斯坦恩医生仍然找不到地方安置那些住在精神健康康复中心里没有拨款来支付他们的医药费的精神病患者，或者住在县医院里的无家可归的精神病患者。由于人满为患，县医院无法收治新病人的日子也越来越多。于是，私立医院不得不收治县医院的病人，这使得它们的预算也越来越吃紧。住在私立医院对于患者

来说也并非好的选择，因为这些医院通常离他们住的地方非常远，没有他们以往的病情记录，而且会尽快让他们出院。但是，这么做对斯坦恩医生的预算来说却是好的，因为他不用补贴私立医院。但是，这也并非长久之计。

于是斯坦恩医生放眼全镇，他看到了什么？他看到了深池医院，看到了这里的1100张床位和专业的医护人员。尽管这里住满了病人，但是根据目标案例管理系统，这里的大多数病人都可以被安排出院。对于斯坦恩来说，他忍不住要把深池医院当成最适合拿来安置那些精神健康康复中心和县医院的精神病患者的地方了。[注]因此，斯坦恩医生非但没有恢复之前的收治政策，反而开始了自己的“收治转移项目”（Flow Project）。

他之所以称这个计划为“收治转移项目”，是因为他会用这个项目来替代我们现有的收治委员会，并以此逐渐将越来越多的县医院患者转移到深池医院。这一项目的思路是将它所预先收治的病人转交给罗梅罗医生，到那里去走个过场。为了确保计划的成功实施，斯坦恩医生换掉了我们的行政总监，并委任他的朋友詹姆斯·康利先生来接班。要知道，这对于船舶工程专业出身的康利先生来说，可谓平步青云。

于是，斯坦恩医生亲自来到深池医院介绍康利先生，并向我们宣布，康利先生将会主持深池医院的改造项目，将它从现在落后的“医疗护理模式”（model of medical care）转变成一种现代的新型“社会康复模式”（model of social rehabilitation）。

听众中有人发问道：“这是什么意思呢？什么是社会康复？”

斯坦恩医生回应说，社会康复指的是在新的医院中留出300张床位给那些无家可归的精神病患者。

大多数的医护人员当时并不介意我们收治何种病人，只要我们有足

够的资源给予这些病人安全的照顾。可是仍有部分工作人员一想到深池医院即将（虽然只是部分程度上）变成一间禁锢精神病患者的机构，就不禁毛骨悚然。要知道，我们所在的城市里本就没有多少机构可以收留和照顾那些年长者和残疾人，如果再腾出300张病床给无家可归的精神病患者，那么那些曾经给予过深池医院支持的人日后需要医院的救助时，他们该去哪里呢？

尤其不安的是我们医院的驻院修女米利亚姆。她向新闻机构表达了自己的担忧，并打算在康利先生一上任的时候就与他预约面谈。

然而，这次会面交谈并不愉快。米利亚姆修女以修女的谦卑语调首先陈述自己的想法，但是没过多久，爱尔兰人的火暴脾气就占了上风。米利亚姆修女提高声调，开始发火。她告诉康利先生，我们有照顾老者的道德义务，如果他执意要将身体健全的年轻患者与身体不便的老年病人收治在一起，那么哪一方都不会得到应有的照顾，所以，康利先生这么做是错的！是不公正的！

但康利先生也是爱尔兰人。开始时他还在倾听，后来就打断了米利亚姆修女的发言。他反驳道，在预算吃紧的时候，深池医院应该帮助县医院渡过难关。每个人都应该尽力而为。米利亚姆修女作为医护人员中的一员，没有权利把医院的事务捅给媒体。如果她能保持沉默，那么对于医院和她自己来说都是件好事。

然而，这种话不应该对米利亚姆修女讲。米利亚姆修女一出办公室，就联系了医院周围人脉颇广的一群专业人士。当得知这间平和友好的旧式救济院将变成收容无家可归者的精神病治疗机构之后，他们震惊了。接下来，米利亚姆修女和罗梅罗医生、凯医生、莱斯特小姐一起和各家报纸的记者见了面。最后，她甚至见到了市长。在她的游说下，市长也认为将无家可归的残疾精神病患者转移到深池医院不是一个好主意。于是，市长下令斯坦恩医生恢复原来的收治政策，停止“收治转移项目”。

*

至此，斯坦恩医生不得不改变策略。

第一个改变是米琳·拉罗斯的到来。

埃伦·玛丽·弗兰德斯不得已卸任护理部主任来给她腾位置。斯坦恩医生任命米琳·拉罗斯为新的护理部主任。她是注册护士，获得了护理学硕士的学位。她曾在精神健康康复中心担任护士，并且乐于将深池医院变成一所类似的社会康复设施。实际上，她已经写好了一份提案书，旨在利用生物、心理、社会和精神四维结合的方式（BioPsychoSocialSpiritual Model）来帮助那些患有精神疾病或者滥用毒品的无家可归者康复。[注]斯坦恩医生欣然同意让她在深池医院的两个病房里实践她的方法，并有意向所有38间病房推广。

斯坦恩医生改变的第二个策略是雇用了一家卫生保健咨询公司——健康管理联合公司（Health Management Associates）。斯坦恩医生向他们咨询如何合理地利用深池医院的资源。这家机构花了数月的时间实地考察深池医院、县医院和社区诊所，他们的报告非常详尽。

健康管理联合公司在报告中指出，我们的城市为市民提供了卓越的医疗保障，主要的问题在于这些医疗保障并不具有连续性。县医院与深池医院各自为政，而社区诊所更是与这两家医院没有交集。三类机构分别有自己不同的管理模式、医生和员工，而斯坦恩医生已经陷入各家医院的运营事务中。鉴于此，他们的首项建议是斯坦恩医生应该聘请一位首席运营官（Chief Operating Officer，COO）。[注]

报告中指出的第二个问题是，深池医院的规模过大，而大医院模式早已过时。相比继续按原方案重建，他们建议斯坦恩医生将新医院的规模缩小三分之一，并将节省下来的经费用于在社区提供长期医疗护理。如果市里需要更多的长期护理床位，那么斯坦恩医生就应该将这项业务

外包给私立医院。

最后一个问题落到了那些没有医疗补助的精神健康康复中心的病人身上。健康管理联合公司同样为这一人群的去向找到了解决方案。首先需要澄清的是市政府并未因为这些病人而得到拨款的原因：精神健康康复中心是一间精神疾病的认证治疗机构，而联邦医疗补助（Medicaid）只为在这种机构治疗的精神病患者支付前两周的费用。相比之下，深池医院的执照属于长期医疗护理机构，可以因为治疗身体有疾病的精神病患者而获得补助。的确，斯坦恩医生将精神健康康复中心的病人转入深池医院的举动曾经遭到阻挠，可是，只要斯坦恩医生转变策略，将精神健康康复中心合并到深池医院之下，使用深池医院的执照，那么那里的精神病患者实际上就等于是深池医院的病人了。这么一来，深池医院就会为他们的医疗费用开出账单，而联邦医疗补助就可以为这些账单付款。于是，一旦新的深池医院建成，斯坦恩医生就可以将这间新医院合并到县医院名下，使用县医院的执照。三者合一后，健康管理联合公司所提议的“医疗护理的连续性”（continuum of care）就形成了，随之而来的益处不仅可以为精神病患者们带来医疗补助，还可以让斯坦恩医生控制深池医院的病人收治及其全体医护人员。

这真是个绝佳的提议，于是斯坦恩医生立即开始筹划如何将它付诸实践。

几周后，一个新的政治活动委员会产生了：深池医院市民组织（Citizens for Laguna Honda）。[注]这个组织的建立者是米利亚姆修女和莱斯特小姐。这个组织的目标是为年长病人和残疾人患者保留深池医院的床位，阻止医院收治精神病患者。这个委员会开始着手倡议公投，并逐渐聚集起了人气和活动资金。

*

之后，斯坦恩医生的计划也遭遇了滑铁卢——深池医院建院后首次

未能换发新的医院执照。㊟这并非一次简单的失败，而是整个医院的屈辱（如果说一家机构也可以被羞辱的话）。州许可局（State Licensing Bureau）用一份长达274页的报告阐述了不给深池医院换发执照的原因。

州政府每年都会派人来医院换发执照。可是，直到莱斯特小姐退休的时候，许可局除了不太满意我们的开放式病房外，并没有发现什么问题。可是，莱斯特小姐退休后，许可局逐渐发现了许多问题。然而，这一切都源于斯坦恩医生的预算削减政策。他陆续将护士长的人数减半，减少医护人员的数量，延迟医院大楼维护的时间。然而，那年的报告却格外严厉。我们在阅读这份报告时已经秉持着极大的耐心，因为和所有的调查报告一样，这份报告书将一些不相关的事与令人震惊的事实联系在一起，将无法避免的事情与让人无法接受的结果混为一谈，将一些小事物夸大成不可弥补的灾难事件。毫无意外，这份报告也是从一些微不足道的事情开始陈述的。

报告的开头指责深池医院违反了《联邦政府规章》的F170条——没有在周六的时候收发邮件，还有第F242条——没有将每日的菜单翻译成中文。调查人员在医院厨房的冰箱里发现了一瓶开着口的消毒剂，这违反了第F252条的规定。三双拖鞋随意地摆放在D3病房的地板上，这是F253条所不允许的。接下来，报告指出了深池医院在设施维护上的问题。E4病房的墙面正在脱落（违反F253条）；微波炉没有清理干净（F371）；卫生间的通风口满是灰尘，淋浴室也有霉斑。类似这样的指责在前一百页的报告中比比皆是。因此，这一部分看起来就像是一位戴着白色手套、又近视又挑剔的婆婆来到你散乱的大农舍进行突击检查后，她还一点没有要走的意思。

直到读到第100页，真正的灾难才开始。检查人员在医院发现了酗酒和滥用毒品的现象，患者之间不安全的性行为，甚至还有毒品交易。患者们纵火、斗殴，还有黑帮人员出现在医院并恐吓和袭击患者们。许

多患者出现了失代偿（decompensate）[注]的问题，因此不得不频繁往返于县医院精神科和深池医院之间。患者们跌落时，呼叫未被及时应答。此外，褥疮的情况也时有发生。尽管调查人员也明白医护人员已经尽了全力，但是他们也很清楚深池医院的问题在于收治了他们本就无法护理的病人，设备没有及时更新，人手也显然不足。他们在报告的最后总结道，在管理层解决上述所有问题之前，它将面临每日1000美元的罚款，并且不能获得因新收治病人而应得的拨款。

这份报告真是令人深感绝望。实际上，报告一直在回避问题的本质，究竟医院为什么无法防止患者跌伤和褥疮的出现？我们又是为什么无法保持微波炉、轮床和窗户的清洁？

导致这一切的原因有很多，但是我们通常归咎的预算却不属于其中之一，因为深池医院的预算从未被削减过。即便是在患者数量减少且医患比率空前高的时候，我们的预算也逐年增长。真正的问题在于，我们所增加的工作人员全部都是行政管理人员，他们来到医院，按照司法部和医疗机构财政管理局的要求编制评估方案、规章制度和工作流程。之前，莱斯特小姐每天都巡查病房，以严厉的要求和犀利的目光发现问题。而这些行政管理人员却不同，他们从未巡查过病房。然而如果缺乏严格的检查，医院的轮床不会因为存在这一切规章制度和工作流程就自动清洁，也不会有人来帮助患者翻动身体避免褥疮，散落在病房地板上的拖鞋也不会自己摆正。

那么，诸如酗酒吸毒、危险性行为、纵火和斗殴的行为又为何难以预防呢？

这一系列问题自有成因，但是预算仍不在其列。

原因之一是我们疗养院的建筑风格，里面充满了太多隐藏式的走廊、楼梯井和壁橱。这些地方都十分隐蔽，患者们可以在里面为所欲为。但是，建筑风格并不是全部原因。在修女掌管救济院的时期，性行

为、酗酒和吸毒就时有发生。与现在不同的是，一旦被发现，犯事者就会被逐出。如果患者的病情过于严重不便被赶出，那么就会接受某种形式的惩罚，或是在病房禁足，或是烟草被收缴。对于盗窃、斗殴和纵火的患者，主宫医院的修女们会直接让警官将他们送进监狱。

在以前，我们城市的警官也这么做，但是现在已经不再这么做了。警方通常认为，深池医院的患者病情一般相当严重，在监狱里没法接受足够的医疗照顾。即便是那些确实有犯罪行为的患者，也几乎从未被逮捕。在D3病房纵火的亚克斯也被勒令返回深池医院治疗，除非他自己消失。

实际上，患者在入院的时候都会被要求签字保证遵守医院对于禁止吸毒、性行为、纵火和袭击他人的规章制度。但是，即便他们后来违反了相关规定，也不会引来什么严重的后果。因为他们严重的病情不允许他们出院。为了应对这样的情况，护士经理会制订以下“约定”和“行为纠正计划”让患者签字。前者例如，“我保证不在氧气供应时吸烟”，后者则是，“如果我在氧气供应时吸烟，我的香烟会被没收24小时”。可是，根据州政府的报告，这样的约定本身就是违反规定的，医院也因此收到过法院的传票。再说了，那些抽烟、酗酒和纵火的痴呆症患者根本就没办法理解所谓的约定和后果。

医院也想过其他的方法来避免此类行为，比如限制行为自由、使用镇静剂和转入上锁的病房。然而，这些措施也已经被禁止了。唯一被允许的方法是安排一位“保姆”，每天坐在这些患者身边看护他们。可是，雇佣保姆的费用是高昂的，严重超出了预算，所以康利先生颁布了命令，禁止继续聘用保姆。

这样一来，为了防止患者们出现危险性行为、吸毒和暴力事件，唯一的方法是不再收治病人。倘若你的医院里已经有类似的病人，最好的方法是让他们尽快出院。斯坦恩医生和县医院正是出于这样的原因才实施了“收治转移项目”，从而导致了米利亚姆修女和莱斯特小姐建立“深

池医院市民组织”。这是因为无论如何，深池医院和昔日的疗养院在功用上别无二致，是危重病人的最后寄居所。一旦病人们被送到了深池医院，就不会有其他地方能收留他们了。

*

回首看看深池医院陆陆续续经历的一切：新上任的护理部主任；新上任的行政总监；所谓的生物、心理、社会和精神四维疗法；正在酝酿的公投计划；从县医院转来的新病人们不时发泄怒火所带来的浩劫，深池医院面临着前所未有的混乱状态。一想到还可以重返朝圣路，我就觉得欣慰不少。

于是，我和罗莎琳德开始计划我们第二阶段的朝圣之旅。我们会从一年前结束的地点开始，徒步320千米穿越法国南部。我们坐飞机来到巴黎，转了快速和慢速火车来到我们计划中的出发点，在一年前我们回国前投宿的旅馆里住了一晚。第二天一早，我们换上去年朝圣时所穿的衣服，将主教赠予的贝壳系在背包上，拿起手杖，迈出了下一步。

当手杖敲击鹅卵石的清脆声音传入耳中，我又重新踏上了朝圣的路途，中间仿佛只过去了一晚而已。无论是迈步的节律、手杖在手中挥动的节奏，还是敲击在地上的节拍，这种种抑扬顿挫都有如心脏律动的节奏。

第二阶段朝圣旅程的起点是法国南部的喀斯（causse），这里以白色的石灰岩地带而闻名于世。喀斯的石灰岩可以建造出美丽的教堂和城堡，但是朝圣者的脚在坚硬的石质道路上面很快就会发烫。此外，白色的地面还会将强烈的太阳光反射到朝圣者的脸上。这里属于法国人烟稀少的地区，村落几乎无人居住。每个村庄里都竖立着一座一战纪念碑，说明了这里荒凉的原因：在马恩河战役和索姆河战役中，整个家庭中的男子都战死沙场。尽管绿油油的农田和茂密的橡树林显示出这片乡土尚有耕耘的痕迹，但是我和罗莎琳德走了几个小时也看不到一个人。

在此后的一整年中，我总会想起这段路途中最漫长而难熬的一天。那天我们要连续步行20千米才能抵达教堂吃午饭歇脚，或是要在夜间行走13千米才能找到一所仍为朝圣者提供住宿的修道院。当时烈日当头、酷热难忍，而我们直到下午两点才到达吃午饭的休息处。我们把随身携带的面包和奶酪当作午饭，喝点水，然后又匆匆上路。因为修道院的清规戒律十分严明，他们只在七点供应晚餐。导游书告诉我们，这就意味着如果无法赶在七点前抵达教堂，就只能等到第二天吃早餐了。

我们在高温下艰难前行，然而六点左右的时候，我们意识到无法准点到达教堂——我们没有晚餐了。不过在蹒跚前行的同时，我并没有产生自怜的情绪，但我的确不断幻想着修女们会不会在泡沫保温箱里为迟来的朝圣者准备了冰镇啤酒。我想，有冰镇啤酒佐餐，即使吃着剩下的面包和柑橘应该也还不错。就这样，我一边铿铿的拄着手杖，一边带着幻想继续着剩下的路程，眼前似乎变了一番景象：有一池温水可供沐浴，卧室里是成排的铸铁大床。可事实是，我饥饿难忍，投宿的环境不可能有一点隐私，只不过又是难挨的一晚。

这13千米路程我们可走了好一会儿，我们到达修道院时已过七点。经过长途跋涉，我们穿过修道院大门时已经被晒得皮肤赤红，口干舌燥。修道院大门里走出一位身材矮小的年迈修女，她身穿深蓝色的服装，头戴白色头巾。她看起来和我们一样面色潮红，满头大汗，但是她面带微笑，那眼镜后面的双眼闪烁着光芒。她用法语对我们说："你们终于到了！我们担心极了，快进来吧！"

我们跟在她身后走进了修道院。这里的石墙，还有石制的天花板和地板让整个修道院格外凉爽。

"把你们的东西放在这儿吧，"说着她向我们指了指石制的洗手间，"赶紧洗洗吧，我们给你们留了晚饭。"

莫妮可修女等我们将手脸洗净，然后带我们到了餐厅。已经有朝圣

者沿长桌坐好，桌上的玻璃水瓶里分别盛着红酒和水。我们旋即就座，享受了一顿迄今为止最为美味的饭菜：汤、番茄和刺山柑沙拉、法国小扁豆和奶酪。饭后甜点是从修女自己种植的树上采下的新熟李子。最后，晚餐变成了一场朝圣者的聚会。我们那天晚上在餐桌上结识的朋友将跟我们一起走上剩下的路，前往德孔波斯特拉。

晚餐后，莫妮可修女带我们去了卧室。这里并没有专门提供给朝圣者的宿舍，我被分到一间单人房。房间内粉刷洁白，墙壁上涂抹着灰浆，一张胡桃木制成的雪橇式床上铺着棕床垫。当夜下了一场雷雨。第二天，我在修道院的钟声里迎来了清晨，俯视窗外可以看见修女们种植药草的花园。经过了漫长而难熬的一天后，我迎来的却是与想象中截然相反的热情款待，而且在第二段朝圣旅途余下来的经历中，这样的事情又一再发生。这也是我在那年的朝圣中学到的重要一课。

在第二阶段朝圣的路途中，我逐渐发现朝圣者就像在家中一样，有自己的日常节奏。每天醒来之后，我吃毕早餐，就开始步行，迎接新的一天旅途中将要出现的一切挑战。我在一路上遇到不同的人，碰到各种各样的事，其中既有我乐意见到的，也有我不想见到的。有些事，我本来认为自己不会喜欢，却怀着一颗欣喜的心接纳，而另一些本来投我所好的事情却倏而变得令人厌烦。逐渐地，我开始发现这一路上唯一能料到的事就是这些意外——这就是法国人所说的那些意外之事（inattendu）。我们命中注定会遇到一些人，经历一些事，而他们的价值是无法预知的。有些事看起来很糟却会带来惊喜，有些事貌似很好却暗藏危机。我们不知道这些事情是怎样的，而我们不得不去等待这些事情发生。

我开始认识到，正是这种让事情发生的等待让朝圣的体验与日常生活很不相同。那一年我也明白了，我不见得在结束朝圣之后就必须得放弃这种奇妙的体验。只要我想这样做，我就可以将等待的心境带回家，让日常生活也变成一种朝圣。

心怀这样开放的期待，我发现在医院工作的一天变得更加有趣了。我们对即将到来的一天无所知，而我们所已知的一切只是每个工作日都会有开始，有中午，还有工作的结束。和朝圣一样，在我们每日的工作中，患者、护士、急救人员和医生等不同角色的人物都会登场。如果用心灵去解读，就会发现这些人的登场蕴含着精神和道德层面的信息。有时，它们以言语的形式表达；有时，以行动的方式传递；还有时，于静默无声中领悟。

那一年给我带来信息的，主要就是保罗。

*

圣诞节之后，保罗的情况达到了某种平衡状态。他的伤口恢复了。负责他的社工正在四处为他寻找出院后的住处。他依旧售卖自己刻录的影碟，在病房外吸烟、读书，和大家交朋友。可是就在这时，保罗摔了一跤。

对于这时的保罗来说，只需要再做到不多的几件事（这些事情少到令人惊讶），他就能够独立地生活，但能够在床和椅子之间自主移动恰巧便是其中之一。这听起来似乎是小事一桩，不像阅读、思考或是修理电脑那么有难度。可是，如果无法自行移动，就几乎不可能出院。保罗的上肢强壮而有力，辅以安装在他床上的吊架，他可以自己移动。通常，保罗用上臂的力量把自己的上半身从床上拉起来，然后将自己荡到椅子上。这并非易事，因为在保罗落在椅子上时可以承受力量的只有剩下的一截左腿。就在那一天，保罗没能落在椅子上，他跌落了下来。

所幸保罗没有受伤。当时他并没有惊慌失措，而是聪明地缓冲了跌落的冲击，滑到了地板上。不过落地之后，他就没有办法回到床上或者椅子上了。保罗只好按铃呼叫护士。护士们将他抱回椅子上，并请求我让保罗以后在没有他人帮助时不要擅自在床和椅子间移动。

但是，我并没有这样嘱咐保罗。因为他是一个独立的人，他总会找到自己的解决办法。而且保罗真的做到了。

保罗总是找借口推脱他的社工为他安排的到贫民区旅馆的看房活动。自从他从椅子上跌落后，就总有诸多原因耽搁看房。不是身体抱恙，就是太忙，再就是迟到或者错过车次。保罗从不承认自己不去的原因是没办法独自外出。可是那个女社工依旧一直安排看房，保罗也就一再地缺席。她拜托我提醒保罗参加，可是我并未照做，因为我逐渐站在保罗的角度上思考和看待这些出行安排。也就是说，只有上半身的他已经无法独自在贫民区旅馆生活下去。他曾经在这里生活，忍受着艰苦的条件和贫乏的物质生活。尤其是在弱势群体和残疾人于月初领取政府补助后，那里就变得尤其难熬。保罗在那里会变成一个极易受到攻击的目标。

日子一天天流逝，保罗和唐纳德依旧筹划着他们的影碟店。他们事无巨细，思考店应该开在哪里，应该进什么样的货等问题都在讨论范围之内。保罗并没有让社工停止帮他找房子，他依旧每天阅读、抽烟，在电脑上工作。有需要的时候就自己在床和椅子之间自由灵活地移动。

后来，保罗开始咳嗽。于是，我为他预约了胸部放射片检查，并到楼上的放射科看结果。我并不觉得会有太大问题，但是拿到照片的时候，却看到了一些出乎意料的结果。在他的右肺上部，有一块螃蟹形状的阴影，螃蟹腿伸到主体之外并呈螺旋状。这或许是感染的症状。但是我并不这么认为，在我看来这一块阴影极有可能是癌症，加之保罗长期吸烟，这很有可能是肺癌，最严重的癌症之一。

我凝望了保罗的片子许久。

我想到了将这一情况告诉保罗。我想到了他将要经受的一系列治疗过程（我也会在他身边陪伴着他）：手术切除癌细胞、放疗、化疗之后，争取肺癌患者那百分之三的存活率。

我实在不忍心这么做。

况且，在深池医院，我并没有必要非得把病情告诉保罗。

从放射科出来，我在下楼的时候遇到了贝内西亚医生。她负责安排我们的班次。贝内西亚正在找我，问我是否愿意考虑回到收治病房工作。据我所知，丹医生已经离开收治病房，去寻找他理想中宁静的绿草原了，所以一直以来罗梅罗医生几乎是一个人负责收治病房的工作。而现在，她在与斯坦恩医生收治决定的斗争中已经疲惫不堪，打算离开了。

我抬了抬眉毛，询问斯坦恩医生是否与这件事有关？

贝内西亚医生耸了耸肩。她说，或许罗梅罗医生不再就收治决定权的问题去阻挠他，斯坦恩医生会轻松很多。而斯坦恩医生也十分清楚罗梅罗医生有多么热爱收治病房的工作。无论如何，贝内西亚医生已经聘请了两名大学刚毕业的年轻医生来这里工作。但是，她仍然希望有一位熟悉收治病房情况的资深医生到那里去。那么，我会回去吗？

我会的。

于是，罗梅罗医生和我交换了所负责的病房。我回到了收治病房，罗梅罗医生接管了E6、E4病房还有保罗。她和保罗很熟。

十天后，保罗去世了。

*

这是一种很有保罗个人风格的死。

他的去世安静、迅速而明智（如果你仔细想一想的话就会发现这一点）。在此之前他并没有发病，也没有呼救或是给我们造成任何问题。

那天和往常一样，他照例吃完午餐，在病房外抽了会烟，然后在轮椅上仰着头打盹。后来，护士们过来想叫醒他，让他服用下午的药物，才发现他已经去世。

听到E4病房的蓝色警报时，我奔跑过去查看情况。一路上我在心里默念所有病人的名字，想着这次会是谁。一到病房，我就看到一群焦急的医护人员围住病人。而我万万没想到，这位病人竟然会是保罗。一位医生正在对他进行心脏按压，围成一圈的护士们忙着在他的手臂上找静脉血管。她们一直没找到，不过这其实已经没什么意义了，因为保罗已经去世了。我们很快就解除了蓝色警报，医护人员渐渐离去，只有我留下来查看他的记录表。我在想，是不是哪里出了问题，是不是我忽略了什么重要的事。然而，我没能找出问题。保罗的去世很简单，或许是因为他身上那无法治愈的凝血障碍所导致的心脏病发作。

保罗去世一周后，克里斯蒂娜打电话告诉我，他的追悼会将在医院的小教堂举行，时间是当天早晨。这个仪式只有E4病房的人员参加，因为保罗的家人会另外为他筹办葬礼。我一直看着表，在十一点的时候走去教堂，坐在靠背长椅上等待仪式开始。此时，E4病房的医生、护士，还有患者们陆续到来。患者们坐在轮椅上由工作人员推进教堂，他们坐在长椅的旁边。克里斯蒂娜、埃伦、莱斯和E4病房其他护士以及治疗师都匆匆赶来，静默站立。在等待牧师到场的时间里，大家都安静肃穆，没有交谈。然而牧师没有露面。过了一会儿，克里斯蒂娜看了看我，好像是在问我要不要说两句。

我确实发了言，但具体内容已然记不清了。我只记得发言简短，谈不上掷地有声。

我发言完毕后，牧师还没有到场。于是，患者、护士、治疗师和我面面相觑。

突然，莱斯的声音打破了宁静。“泽德先生，您不是为保罗写了一

首诗吗？注不朗诵给大家听听吗？”

“行。”戴维·泽德回答道。说着，他在身上摸索了一番，展开了一张皱巴巴的纸。

还记得我曾说过，深池医院汇聚了各种各样的患者吗？泽德先生是我们这里一位狂热的犹太教徒，他是一位来自纽约的学者。我称他为泽德博士应该更为恰当。因为在患狂躁症之前，泽德先生获得了语言学博士的学位。

戴维·泽德身材高大，腿却因为疾病而粗得吓人。这也是他入院的原因。他脸型方正，本来棕色的卷发因为年纪而变得灰白。他有一双细长的棕色眼眸，声音沙哑，带有轻微的布鲁克林口音。泽德清了清嗓子，开始朗读诗歌：

别了，本内特船长，我们的保罗，人海中闪耀的星。

你周身群星环绕，可以进入任何一扇星门。

七千星系待你遨游，旅程甫揭帷幕。

好运的木星，安德罗墨达的奇妙和克林贡帝国的疆土都等你探索。

保罗，我们的船长。未来一日你将荣归故里；那时，你将是身材魁梧的太阳之子。

泽德先生朗诵完毕，听众们都鸦雀无声。他在诗中将保罗塑造成一位去宇宙探险的船长，他是人类的英雄，有健康的双腿，甚至还有翅膀。他在星系、星球间还有克林贡帝国注中探险。这样的意象真是令人难以忘怀。

牧师到最后也没来。过了一会儿，患者、护士和医生陆续离开了小

教堂。他们有的拄着拐杖，有的坐着轮椅，只有幸运的我们能用健康强壮的双腿站立行走。

*

几天后，克里斯蒂娜来办公室找我。她双眼噙着眼泪，给我了一张对折起来的彩色影印纸，那是保罗的葬礼邀请函。

这张邀请函的正面是保罗的照片，照片的下方是保罗的生卒年月。保罗拍这张照片的时候应该还很年轻，他透出一种带着婴儿肥的俊朗。照片里的保罗望着远方，清澈的棕色瞳仁上方是长长的黑色睫毛。最令我吃惊的是照片里的他居然身着海军陆战队的军礼服，镶黑边的白色军便帽遮住额头。他深蓝色的夹克上点缀着红色的绲边和金色的纽扣。保罗从来没有告诉我们中的任何一人，他曾经是海军陆战队士兵。回想泽德先生为保罗创作的纪念诗歌，他是如何想到将保罗写成船长的，确实是个谜。

我望着照片中保罗的眼睛，白色便帽下那双极清澈的眸子闪烁着坚定的光芒。透过这眼神，我终于明白了保罗带给我的感觉。以前，保罗每次见到我，也是投来那样清澈干净的目光。起初，那目光写满了敏感和愤怒，后来才变得宽容且充满期待。最后一刻，他的眼神中只有宁静。从前的我并不明白是何种原因激发了保罗的斗志，也不了解他究竟是怎么样的一个人，脑袋里都在想些什么。现在，我知道潜藏在那眼神之后的是保罗坚毅清澈的自我。正是这样骄傲与不妥协的自我让他与众不同。透过照片中那位年轻的陆战队士兵，我看到了我心中的保罗。

那一刻我明白了，保罗所教给我的，就是所谓的“完整性”，也就是未受伤害和触碰的一种状态，这个词——integritas——的词根是“integro”。并不是说认识保罗之前我就不是完整的人，而是说我所接受的教导告诉我，好医生不应该忘记与患者之间的距离。医生不应该和病人过度的熟稔，而是应该保持一定的距离，时刻注意“反移情作用”[注]

，不要为病人的情况过度纠结。

事实上，这份代代医生中言传身教、流传至今的智慧蕴藏了很多道理。希波克拉底那一代的医生与自己的患者无爱无恨。无论患者的秘密有多么可憎，他们都为患者守口如瓶。他们既不会与患者共进晚餐，也不会给患者买礼物。无论是对于患者的生活、家庭还是精神，他们永远保持着“他人”的角色。

这是很重要的一条基本准则。对于患者来说，做到能够向他人求助但又与其保持距离（而这个人在关怀他们的同时保持着清醒的头脑，充满智慧却不能被依附），这是很重要，也很必要的。但是要做到这些，需要医生与患者保持一定的距离，在工作时甩开一部分个人情绪。

但是，保罗不是这样表现的，和他一样，我后来也没有做到上述要求。他完整无缺的灵魂也唤醒了我的灵魂，而我不想把这些被唤醒的东西再抛弃掉。我不想重新拉开与患者们的距离；与患者们相处时，我只想展现自我，而非一位希波克拉底式的医生。

医生究竟是否可以这样做，当时我尚不得而知。

但我很快会知道结果。

---

1. 圣杰罗姆，公元4世纪时期基督教圣徒，主要成就为将当时希腊语的《圣经》翻译成拉丁文。

2. 关于慈善的历史，以及慈善是如何变成福利制度的，请参见James William Brodman著Charity and Religion in Medieval Europe（美国天主教大学出版社，2009年版），以及Gertrude Himmelfarb著The Idea of Poverty: England in the Early Industrial Age（Knopf，1984年版），还有Donald T. Critchlow与Charles H. Parker编With Us Always: A History of Private Charity and Public Welfare（Rowman & Littlefi led，1998年版）。《牛津英语字典》将“charity”（慈善）定义为基督的爱、上帝对人的爱、人对上帝及其邻人的爱。

3. “Eleos”意思是：“由目睹某种邪恶、毁灭性或痛苦的事件降临在本不应承受这些事情的人身上，以及由这种事情可能会在不久后降临到我们身上，而引起的一种痛苦感。”（亚里士多德，《修辞学》2:8, 1385b 13-15，摘自

www2.iastate.edu/~honeyl/Rhetoric/index.html所载的在线版本。）

4. 保健康复中心，即深池医院重建后的名字。

5. 罗梅罗和凯医生的“致深池医院CEO的信”是这件事的一份情绪化叙述，该文可以在victoriasweet.com上找到。关于收治转移项目和精神健康康复中心，可参见George Wooding著，《深池医院政策问题》第1、第2部分（LHH Policy Questions，Parts 1 and2）”，2010年1月、2月发表，载于www.miralomapark.org。

6. 关于精神健康康复中心所发生的事情，参见Janice Cohen医生发表的“Stop the Violence at Laguna Honda Hospital”，载于www.pointarrow.com/index.php?action=FEATURE&site=203d=6&subaction=TH。《1987年综合预算调整法案》（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987，OBRA）中包括了《疗养院改革法案》（Nursing Home Reform Act），后者规定只有同时患有身体疾病的精神病患者才能在专业护理机构中接受护理。

7. 关于米琳的提议副本，该提议的反响，以及米琳对这些反响的回复，请参见www.stoplhhdownsize.com上的文件。

8. 参见健康管理联合公司的报告“The San Francisco Department of Public Health: Its Effectiveness as an Integrated Health Care Delivery System and Provider of a Continuum of Long Term Care Services”（旧金山公共卫生局：该机构作为整体健康护理体系和长期护理服务提供者的效率）。我拥有这份57页报告的一份副本，我在文中只概述了最重要的观点。

9. 关于他们提议进行公投的D提案（Proposition D）的信息和文件，请参见www.sf4LagunaHonda.org。不过关于深池医院的文件和政治斗争的最好的资料来源，是由Patrick Monette-Shaw运营的网站：www.stoplhhdownsize.com。

10. 参见victoriasweet.com上的文件LHH06report.pdf。我已经概述了这份274页报告中的最重要问题。然而这份报告没有看起来那么冗长，因为报告中把同一套恐怖故事在三个不同的地方将三种不同的违规行为重复了三遍。许多违规行为都是十分微不足道的，以至于你很难相信这份报告后面没有不可告人的目的。比如说，一位正在节食的肥胖病人因为“体重减轻”而使我们违反了F250，修理一位病人的电视花掉了两周又违反了F248，F252的违规原因是一台轮椅的填充物有破损，F371的违规是因为纸巾盒的问题，另一条违规是因为微波炉手套有污损，第三条则是因为砧板上有划伤。我个人最感兴趣的两条一个是F253违规，因为日光浴室装满了轮椅，另一个是F457违规，因为我们的病房是开放式的。而关于患者暴力行为的违规，它们都是近几个月里收治转移项目（越过不愿收治特定病人的罗梅罗医生）收治的病人所引起的。

11. 失代偿，即身体的修复能力（代偿）无法应对病情的发展的状态。

12. 泽德先生是深池医院诗社的成员。该组织写下了不少优美诗作，他们每年会出版一本收录了精选作品的小册子。在泽德先生身上，遵守关于病人的隐私权在法律上所面临的困难就十分清楚易懂了。自然，泽德先生希望在他的作品上署上真名，我也想这么

做。但是作为他的主治医生，我不能透露患者的私人信息。我只能做出这样的妥协：只要有人想要接触泽德先生，我就会在征求同意之后，把后者的联系方式给他。因为我也特别喜欢他的这首《不需要邮票的信》，所以我在这里全文引用：

致至高无上的、神圣的上帝：
有时我会怀疑，你如何能够承受
了解世间众生一切思想的可怕重担。
这些痛苦、心碎、苦恼。
你怎么能得到解脱？
也许你试着不要过于沉浸其中，
又或许你整夜都在悲泣。
你为何创造如此悲伤的世界？
你为何不让食粮就长在树上？
为何会有婴孩死去？
为何诚实者会被欺骗？
为何贫苦者被生活压迫得遍体鳞伤？
我绝对不会接手你的工作。
因为你甚至没办法去品尝美食，
也不能去观赏电影。
总有人在贬低你、诅咒你。
有些人说你有一个疯狂的儿子，
他说，“我就是道路、就是生命。”
我们都要祈祷，为使你永不放弃，也不要变得严苛。
虽然悲伤的事情已经存在，
但没有了你，它们一定会变得更坏。
以神之名，我们感谢神，
伙计你要留在这里，
偶尔也来一杯马提尼，
再来创造一个新的世界。

13. 克林贡帝国，《星际迷航》系列作品中虚构出来的外星种族建立的国度。

14. 反移情作用（counter transference），指的是咨询师、医生等职业将对其他人的情绪或感情转移到客户或患者身上的行为。

第十章
非凡国度

能再度走进收治病房让我激动不已，因为着实已经有几年没有回来了。当罗梅罗医生从医务部主任的职位上卸任并回到这里时，她关上了收治病房的门。这里曾经是医生和患者可以自由进出以咨询意见或者下午来闲聊一会儿的地方，如今却闲人免进了。

现在，罗梅罗医生自己也变成了一副生人勿近的样子。她把房门紧闭起来，没人知道她身上发生了什么。我们只知道，罗梅罗医生工作努力，是所有医生中最投入的。我曾经为患者买过眼镜和饮料，柯蒂斯医生为患者买过鞋子，所有的医生都从家里给患者们带过美食，但是罗梅罗医生所付出的比我们都多。只要医院需要，她就会成为医务部主任，处理医院中最棘手的事务。这些事情往往与病人无关，而是关乎政治。当有同事需要调换夜班的时候，她往往自告奋勇。每当医院面临一些（她认为是）负面的变化时，罗梅罗医生也会义不容辞地站出来为医院抗争，而且大多数情况下她的判断是对的。在实践理想上，罗梅罗医生是个勇敢的斗士。

凯医生一直以将深池医院打造成富有植物和动物、气氛自然而宁静的伊甸园为己任。罗梅罗医生成为他的拥趸后，也尽己所能地将收治病房变成伊甸园。她为患者们提供耳机，这样一来他们在看电视的时候也不会打破病房里的宁静。她在病房的走廊里摆放了成排的绿植，在患者们看电视的房间和医生的办公室里添置了笼子，养起了鸟。不过在再度沿着走廊回到收治病房办公室之前，我就只知道这么多了。

收治病房里医生办公室的门是锁着的。在这之前我甚至都不知道这

扇门有锁。好在我找到了钥匙，打开了门。

这间办公室的摆设并没有改变太多。黄色窗帘仍半掩着窗户，办公室里的电脑和办公桌也还是以前的样子，麦考依夫人送我的绿植还在原处，只是枝叶已经爬满了墙，甚至爬到了书柜的上面。墙边的书柜仿佛映照了罗梅罗医生几年来一成不变地在这里工作的样子。书架上的书籍、会议记录、患者的记录表格、过期的处方笺、拆线的工具箱和盒装的医用手套仿佛要溢出来一般。这里唯一与之前不同的是我之前那张摇摇晃晃的办公桌被一张巨大的橡木旧宽桌取代了。桌子旁边还多了一个橡木橱柜，上面覆盖着鸟粪。

我认为这个装文件的橱柜并非必须，所以我通知管理部来将它搬走。接着，我找出了一些垃圾袋，将书柜中的杂物清出。我把罗梅罗医生的东西都收拾好，拿到楼下她的新办公室里。最后，我叫来了罗斯，她是我们医院的华裔清洁工，性格温和而隐忍。

罗斯环顾房间，忽然，她的神情一亮。“啊，维多利亚医生，这间房间终于没有鸟了！我马上就打扫地面！还有窗户啊！还有墙壁！”她摇着头说，“医院里就不应该养鸟！”

于是，我把办公室让给罗斯进行清扫，自己来到病房里，看看没有我的日子里这里究竟经营得如何。

整个病房也没有太大变化。

护士站附近还像往日一般拥挤而繁忙。门边的病历夹上照旧收纳着患者们的表格资料。拉里萨护士还在这里，带着她的俄罗斯口音，充满讽刺而又颐指气使。她戴着纤细的金项链，身着意式的便裤，发型修剪得很漂亮。护士长和大部分护理人员还是原来的那一批，她们为罗梅罗医生和丹医生的离开而惋惜，同样也因为我的回归而兴奋不已。

收治病房患者的人员构成虽然算不上完全没有变化，但他们的特点与之前仍是一致的。于是，我走进病房，去仔细查看一番。经过患者身边的时候，我都会自我介绍，坐在他们的病床上与他们握手寒暄。尽管他们当中哪一位我都不认识，但是我了解这样的一个患者群：他们友好、风趣、非常幽默又稍显古怪。随后，拉里萨护士给了我一叠盖了章的索引卡，又递来一杯刚泡的咖啡。最后，我返回了那间狭小的医生办公室，这里看起来总算像是一间医生的小办公室该有的样子了。

*

尽管办公室变回了原样，护士们还是原班人马，患者们也没有太大的变化，但收治病房与以前相比终究是变了。

发生变化的是我的医生同事们，是师从于我的医学院学生，是深池医院大门外的一切。就在我研习希尔德加德的数年间，典籍著作将我隔离在现实世界的变化之外。但是医学界发生了巨变——医学实践（practice of medicine）已经变成了提供医疗服务（delivery of health care）。

与此同时，我自己也同样发生了变化。然而，我的变化轨迹却是逆势而为。虽然回到收治病房，重新扮演过去自己的角色，但我看待事物和行事方式都与以前不同。

我带回收治病房的是，之前在布兰维尔先生和他的妻妹、蒂尔夫妇、保罗以及其他患者身上领悟到的东西，于是医学看上去好像不像以前那样复杂了。我们躯体上所能发生的“事情”并不多，尽管这些“事情”可能会披上反复变化的外衣，但是人体器官数目不会增减，疾病的机制也都是一定的。长达2630页的《哈里森内科学》（*Harrison’s Principles ofInternal Medicine*）看起来似乎也没有那么令人望而却步了。现在的我知道，其中许多内容都是冗余而并非重要的。于是，看似结构复杂的医学大厦轰然倒下。我逐渐开始以治疗患者为乐，也明白我

们都可以在这一过程中得到快乐。我现在终于了解到，治疗的过程中不用像以往一样投入太多。作为医生只要做好自己的工作，我的患者们就能康复。

我时常会想起旧时的大夫们。他们能做的事情几乎没有多少。他们或许只是走进病房，和患者一一打招呼，询问他的姓名后俯身倾听他的回答，这段过程中观察病人的面色和身体情况。他们也会主动伸出双手握住患者的手。只需要几个问题，医生们便能做出诊断。这简直令身处现代的我们气急败坏。现在，我要更多地借鉴旧时的方式，让整个治疗过程不再压力重重。

*

我的治疗方式在史蒂芬·哈珀先生身上就得到了很好的体现。

其实，他并非我直接负责的患者。

史蒂芬·哈珀先生是拉杰夫医生的病人。拉杰夫医生是刚加入收治病房的两位新医生之一。他们和我一起承担了之前丹医生和罗梅罗医生的工作。拉杰夫医生收治了史蒂芬，并负责他的入院检查。做完病情检查后，拉杰夫医生认同了县医院的诊断结果。他34岁时，在吸食可卡因时出现脑卒中，现在他38岁，又因为同样的原因再次脑卒中——哈珀先生不爱惜自己的身体，运气也很差。哈珀先生失去了行走的能力，说话含混不清。更糟糕的是他的吞咽障碍已经严重到不能控制自己的唾液。同时，哈珀先生还伴有心衰的症状。就他的病情而言，医生能做的其实很有限了。尽管如此，拉杰夫医生还是为哈珀先生预约了理疗、职业治疗[注]和话语治疗。因为他的含混言语实在让人难以理解，以至于每次需要交流的时候他只好诉诸纸笔。

按照过去的做法，像哈珀先生这种并非由我接诊的病人是不会进入我的视野的。还记得与杰弗斯、罗梅罗和芬特三位医生共事的时候，除

非受邀，我是绝对不会擅自插手其他医生所负责的病人的。由于每位医生的行医风格不同，用药和工作的方式方法各异，所以太多医生同时负责一位患者的话往往会事倍功半，弄巧成拙。例如，有些医生风格激进，事事为患者亲力亲为，患者们的病情因此有所改善。而其他医生一切从简，他们的患者也同样有治疗的成效。有些医生习惯对一种病症只用同一种药，而另一些认为一直用同一种药物效果有限，愿意尝试新药。这样的治疗让那些迷信数据和实证的人无所适从，只好将医学看成一种手艺而非单纯的科学。在我看来，走进医生的办公室采集数据做标记跟在厨房做菜时添加小茴香一样无用，因为少许剂量的变化并不会引起质的改变。

然而，这毕竟是以前的操作习惯。

但现今的年轻医生并不介意我对其他人的病人保持一定的关注。所以，每次经过史蒂芬的病床，我都会注意观察他的情况。尽管他不是我的病人，但只要他示意我停下来，我就会停下脚步。

史蒂芬看起来比38岁要年轻许多。他肤色深棕，面庞光滑圆润，脸上没有一条皱纹，圆圆的眼眸像黑色纽扣一样。他有一头短粗的黑发。史蒂芬的肩膀和四肢都很宽厚，肌肉发达。但是这样年富力强的他却正在流口水，所说的话也含混不清。他的声音低沉而无力，话语断断续续。史蒂芬似乎和我从拉杰夫医生那里听说的脑卒中患者的形象不太吻合。但我一向好奇心十足，所以返回医生办公室之后我就打开了史蒂芬的病历记录，开始研究他的病情。

四年前史蒂芬曾经因为突发的神经病变被县医院收治过。当时，他左半边身体的状况较差，有流口水和话语困难的症状，且正在吸食可卡因。由种种病情看来，史蒂芬应该是脑卒中了。可是，他的脑部扫描结果却看不出什么。因此，他又接受了其他的许多项检测，来排查艾滋病毒、脑部感染、自体免疫系统疾病或是凝血障碍。但是一系列检查都没有查出结果。于是，医生们断定史蒂芬一定是出现了脑卒中，并让他出

院，把他安置在一家设施齐全的廉价酒店里。从那时起史蒂芬的情况一直都很稳定，直到五周以前，负责他的社工反映说，史蒂芬总是坐着轮椅，在酒店大厅里一待就是一整天。他在大厅看电视时也会控制不住地流口水。当他需要进食的时候，就会呛着。于是，这位社工联系了县医院，并让史蒂芬住院以方便预约一次身体检查。县医院的医生同上次一样，没有发现任何异常，而最有可能的就是二次脑卒中。很显然，他极有可能因为吸食可卡因导致情况恶化，并且无论原因是什么，他都确实失去了自理能力。就这样，史蒂芬被送到了深池医院。

史蒂芬入院一周后，负责他的护士、治疗师、社工和他的家人一同开了一次会议。由于那时拉杰夫医生正在休假，于是我代替他参加了会议。这次经历让我有了进一步的触动。

首先要说的是史蒂芬的妹妹邦妮。她告诉我们史蒂芬的父母皆为酗酒者，而且他是18个兄弟姊妹中的第13个孩子。这18个子女是他们的母亲与11个不同的父亲所生。尽管如此，史蒂芬还是完成了高中学业，顺利进入大学。毕业后他成了家，有了一个女儿，之后又离婚。史蒂芬是一个商用货车司机。邦妮告诉我们，史蒂芬很热爱这份工作，所以直到去年他才因为失去行动和话语能力停止了工作。

“直到去年为止他还在开卡车？”我问道。

“是啊。”邦妮回答道。

这件事听起来简直不可思议。

到底发生了什么事情呢？如果史蒂芬数年前曾经出现过脑卒中，还能坚持在去年之前一直开卡车，那么在她看来他表现出来什么不同了呢？

“他没有之前那么勤快了。”邦妮说。

我看了看史蒂芬，他正专注地听着我们的谈话。

他点点头，说：“是啊，我变懒了。”

接着，护士们谈论了史蒂芬的护理需求，社工描述了此前史蒂芬在廉价酒店居住时的房间状况。最后发言的是史蒂芬的言语治疗师，她告诉我们，史蒂芬的言语和吞咽问题比脑卒中所造成的更加严重，甚至连她也难以理解史蒂芬所说的话，还需要他将要表达的意思写在纸上。

“你们看看吧。”说着，她将史蒂芬写下来的回答递给我们。

当这张纸条传到我手上时，我看到了史蒂芬秀美的字迹。他的字很小，下笔时字形很仔细整洁。他所写的全部是完整的句子，而且会使用复杂的词汇。当治疗师问他为何会离开之前的康复机构时，他写道：“我是被要求离开的。因为我是一位单亲父亲，这家机构不可能为我提供住处。”我最喜欢的一句是，史蒂芬说：“我曾经爱好写作。”

如此整洁的书写和文法复杂的句子绝不像出自一位多次脑卒中的失智痴呆患者之手。同样，与痴呆症患者截然不同的还有他身上均匀对称的肌肉以及一直保持到近一年以前的驾驶卡车的技能（即使技术拙劣也一样）。

带着这些疑问，我在会议之后拿来了史蒂芬的所有记录，试图找出他的真正病因。

事情的真相很快浮出水面。有人曾经给史蒂芬安排过肌酸磷酸激酶（creatine phosphokinase，CPK）的检测。这是一项血液检查，可以检测出患者血液中的肌酸磷酸激酶含量。肌酸磷酸激酶是一种主要存在于四肢和心脏肌肉中的生物酶。通常，在怀疑患者出现心脏病的情况下会进行这项检测，因为心脏病会破坏心脏中的肌肉，促使它们将肌酸磷酸激酶释放到血液中。史蒂芬的检测结果显示，他的肌酸磷酸激酶指数相

当高，是正常指标的一百倍。尽管指数高，但并不能显示他患了心脏病，因为能导致如此高的肌酸磷酸激酶含量的心脏病程度足以让史蒂芬死亡。只有骨骼肌受伤才能导致这样的肌酸磷酸激酶水平。

这样的情况并非罕见。如果患者在接受肌酸磷酸激酶检测之前恰好接受过肌肉注射，也可以导致他的检测结果指标畸高。或者，如果患者服用过他汀类的药物来降低胆固醇，也可能导致肌酸磷酸激酶升高。因此，我猜想，在检测前史蒂芬一定接受过肌肉注射或者服用过他汀类药物。可当我检查他的治疗记录时，却找不到相应的依据。

这样一来，可能的病因只有罕见的肌肉萎缩症（muscular dystrophy）了。

肌肉萎缩症是一种遗传病，由于某种酶的异常导致肌肉退化。这种疾病会在家族成员中遗传，家族中的女孩是致病基因携带者，而家族中的男孩会在幼年受到影响，并通常在十几岁的时候病发死亡。由于史蒂芬发病的年龄是三十多岁，而且他的妹妹邦妮也未曾提及任何肌肉萎缩症的家族病史，所以这是一项出人意料的诊断结果。可从另一方面看来，肌肉萎缩症的确会导致史蒂芬现有的一切症状，也可以解释为何史蒂芬的肩膀和大腿粗壮但是却很脆弱。此外，他流口水、呛食和声音低沉的症状也一并得到了解释。他逐渐恶化的病情和心脏衰竭的临床表现也可以用肌肉萎缩症解释。这种疾病在成年人身上出现着实罕见，十万人中只会出现三例。[注]然而，深池医院这里集中了太多这样的罕见病例。

我为史蒂芬预约了新的肌酸磷酸激酶检测。而这一次的检查结果与上次无异，同样是正常指标的一百多倍。由于这一次检测前史蒂芬并没有服用过他汀类药物也没有接受过肌肉注射，这意味着他所患的就是肌肉萎缩症。

一方面，我很高兴得出了正确的诊断，另一方面，这样的结果又是

我不想看到的。对于史蒂芬来说，肌肉萎缩症比脑卒中更加严重。因为如果仅仅是脑卒中，即使已经脑卒中两次，只要史蒂芬戒除可卡因并专心进行康复治疗，他的病情就会稳定并且好转，可肌肉萎缩症却是一种进行性疾病。在医院治疗的帮助下，史蒂芬的病情的确会得到一点好转，但是长远来看，他的情况只会越来越糟。诊断结果证明并非史蒂芬越来越懒，所以我们可以将治疗的中心从脑卒中康复治疗转到抑制不断恶化的肌肉萎缩的情况上来。再者，由于肌肉萎缩症是一种伴性遗传病[注]，从携带致病基因的母亲遗传给儿子，史蒂芬的家庭成员也应该对这项家族遗传有所了解。

我思索良久，终于找到了向史蒂芬和他的家人解释这种罕见遗传病的方式。得到史蒂芬的允许后，我首先拨通了邦妮的电话。

“我想，我们已经找到了导致史蒂芬病情的问题所在。”我开口就说。

“我以为我们已经知道了。我觉得他患的是脑卒中。”

“嗯，他的确出现过脑卒中，但是脑卒中并不是导致他过去几年病情发展的原因。实际上史蒂芬所患的是一种罕见的肌肉疾病，”说着，我深吸一口气，“这种疾病会在家族中遗传，而且……”

“你的意思是说，他所患的是一种类似肌肉萎缩症的病？”

“嗯……啊……是的……你是从哪儿了解到这种疾病的？”

“哦，我的一个哥哥得了肌肉萎缩症，而且死于这种疾病。除此之外，我们的一位表亲也得过这种病，还有一位阿姨，哦，也可能是舅舅。”

听了邦妮的话，我着实为自己的诊断正确而自豪，特别是当邦妮说到“肌肉萎缩症”这个词的时候，我简直怔住了。原来答案一直就在那里

摆着。

“是的，你说的对，史蒂芬所患的正是肌肉萎缩症。过去几年中，即便史蒂芬吸食可卡因、进食不规律且没有好好照顾自己的生活起居，最终使他病情恶化的也并非脑卒中，而是肌肉萎缩症。就是你刚才说的那种疾病。”

“大夫，没准你可以尝试跟他谈谈这种疾病。我曾经和他说过，但是他不愿意听。”

“问题在于，您的家庭成员应该知晓，这种疾病的的确确会在家族中遗传，特别是家族中的男性成员。”

“嗯，那么您会跟他谈的吧？”

“当然了。”

*

后来，我将实情告诉了史蒂芬，可他似乎不以为然。他并没有提及家族中有相同病症的兄弟、表亲和叔叔，只是一直强调他想继续开卡车，问我能否帮他填写一些表格以拿回自己的驾驶执照。

我假装答应了史蒂芬的要求，并且劝说我们的康复医生哈内斯劝史蒂芬去进行康复训练。我说，史蒂芬能在这一过程中学会一些应付自己疾病的方式。他能对自己的疾病有所了解，并且学会如何好好照顾自己。这样一来，他不健康的生活方式所导致的病情恶化或许能得到抑制。

哈内斯医生外形帅气，一双蓝眼睛虽然小却炯炯有神。他留着一头金色的卷发，脸型方正。他总是身着传统的、熨烫整齐的白衬衣，打彩色的领带，穿上过浆的笔挺外套。他总是要看好自己的衣服，绝对不让

它们落到医院的洗衣房手里。哈内斯医生毕业于佐治亚大学医学院，脸上总是带着南方绅士特有的寓意不明的微笑。他并不认同我们这座城市对“坏孩子们”的态度。当他去查看史蒂芬的情况时，史蒂芬请求他在申请取回驾驶执照的表格上签字。哈内斯医生的一边嘴角挑起，另一边又压了下去，之后，他抬了抬眉毛，瞪圆了眼睛。他的拒绝甚至都不用说出口。

实际上，哈内斯医生一直质疑史蒂芬肌肉萎缩症的诊断，对他的好转也持怀疑态度。尽管如此，他还是将史蒂芬接收进了康复病房。

事实证明哈内斯医生的想法对错参半。一次肌肉活组织检查的结果证明史蒂芬所患的的确是肌肉萎缩症，但是正如哈内斯医生所预测的，史蒂芬的病情并没有多少好转。经过几周的治疗，史蒂芬已经可以自行走路了，但效果也仅此而已。于是，史蒂芬开始拒绝接受治疗，变得爱找麻烦，具有破坏性，且对人颐指气使。哈内斯医生将这些表现都记在了他的病历记录中。史蒂芬依旧执着于领回自己的驾驶执照。他在医护人员面前破口大骂，将电动轮椅调到最高速度冲进人群中。他开始抽大麻，而且无论签署了多少协议，但没有一项能够遵守下来。

我不知道以下行为中的哪一项最终成了哈内斯医生决定让他出院的“最后一根稻草”，是史蒂芬开始骚扰收治病房的那些卧床病人，关掉他们的电视的时候？或者是他在哈内斯医生养的植物里小便的时候？还是他不知道从哪里找来了领回卡车驾驶执照所需的四页表格，并把它们摔在哈内斯医生脸上的时候？无论答案如何，种种行为最终让哈内斯医生在五周以后忍无可忍。此时的史蒂芬已经能够行走，生活自理且不再需要我们的任何照顾了。于是哈内斯医生叫来了一辆救护车，他遵照本州法令把史蒂芬即将出院的消息通知了史蒂芬本人、他的家人、院外负责他的医生。于是，史蒂芬又重回社区的怀抱，说得明白一些，一辆救护车将他扔在了他原来住的那家廉价酒店的大堂里。

我理解哈内斯医生的立场。史蒂芬属于“坏孩子”中运气不好的，长

相也谈不上有什么魅力，但是我却挺喜欢他这样的人。没错，史蒂芬并没有好好爱惜自己，反而做了一些有损健康的事情，他并不傻，只是忽略自己的病情，专注于拿回驾照。我始终不自觉地对他产生尊敬之情，虽然只是一点点。史蒂芬不仅有活下去的决心，还要活出自己的个性。

除此之外，我从他身上还学到了很独特的一点。史蒂芬的妹妹邦妮的一句话，许多年来一直在我耳边回响。这一句“你的意思是说，他所患的是一种肌肉萎缩症的病？”直至今天一直提醒我——我们对于患者，或者说对于其他人的了解有多么欠缺。人一生中的每一天都会有许多的经历。即便提出历史上所有的问题来询问、探索患者的病情，患者身上依然有太多不为我们所知的事情。

史蒂芬教会我的还远不止这些。从他身上，我看见自己的行为和旧时的医生越来越像了。我并没有给史蒂芬做体检，我所做的只是观察他，听他说话，注视他的双眼。通过这些过程，我发现史蒂芬的症状并不完全符合我之前接诊的所有脑卒中患者的情况，这促使我去翻看他之前的病历记录。医学院教导我们：“如果你看见一种生物，它看起来像鸭子，而且走路的样子和叫声都和鸭子一样，那么这种生物就是鸭子。”从史蒂芬身上，我发现相比这句话，它的逆否命题则更加准确和真实，那就是“如果一种生物从外形、行走姿态和叫声上都不像鸭子，那么它就不是鸭子。”这个道理放在史蒂芬的例子上就是，如果某种病情看起来不像脑卒中，那么就不是脑卒中。

回想史蒂芬的例子，我发现旧时的大夫们在看待病人上的确有他们的独到之处。他们在诊断患者的时候，是沉静而平和的。现在的我也做到了这一点，能够安静地观察病人，因为医学对于我来说，再也不是那么复杂、繁重和充满压力的了。我明白，有许多时间可以用来诊断，不需要着急。

这就是如今的收治病房对我来说不一样的地方。即便这里依旧忙碌、混乱和嘈杂，这里的患者们病情依旧严重，但是，或许是由于朝圣

之旅，我学会了如何在喧嚣、混乱以及繁忙的表象下把握住其宁谧、安静和有秩序的内核。那种平静与喧闹恰巧相反。这里的所有活动下面都潜藏着这种平静，万物在这个安静的内核中彼此联系起来。一旦把握住这个安静的核心，紧急的事物将不复存在，手中的时间仿佛是无尽的。

*

然而在收治病房外，这种宁静却荡然无存，有的只是政治的各种条条框框。

首先是“D提议”（Proposition D）[注]。

为了不让斯坦恩医生将深池医院变成一家精神疾病治疗机构，保卫深池医院委员会（The Committee to Save Laguna Honda）提出了“D提议”。这是一项由另一个相关团体——“深池医院旧金山市民援助团（San Franciscans for Laguna Honda）”支持的投票计划。“D提议”建议重新划分深池医院的功用，让它成为一个仅仅服务于慢性病患者的“特殊服务区”。这么一来，深池医院将不再收治精神病患者和无家可归的毒品滥用者。这一项提议十分精明，但却存在两个问题。为了筹集推进该提议的资金，委员会从建筑师协会那里筹款。作为回报，“D提议”支持在市政府所有的土地上修建营利性的住宅设施。其次，如果这项提议获得通过，那么土地分区管理官（zoning administrator）就会取代医生或院方，在今后的收治决定上获得最终的决定权。

市长和斯坦恩医生巧妙地利用了这些漏洞。在辩论中，他们声称“D提议”可能是本市有史以来“最粗制滥造的一项提议了”。一旦执行，土地分区管理官将会负责收治工作，使住家护理机构遍布本市，让深池医院中的几百名阿尔茨海默病患者出院。

委员会试图为自己的提议辩护，但是到头来却变成了对市长和斯坦恩医生的人身攻击。在他们的笔下，市长的形象是“充满欺骗”而“令人

鄙夷”的，斯坦恩医生处理事务的出发点也并非病人的需求，而只考虑到了预算因素。米利亚姆修女又没能控制好自己的脾气，大声疾呼对“D提议”投反对票的人实际上是“不道德的”。连我都不认为这些个人色彩浓厚的人身攻击能令人信服，而“D提议”还是以三比一的票数比而遭到否决。

然而，斯坦恩医生和市长似乎并没有大肆利用这场胜利。他们没有因为这次攻击而对米利亚姆修女、凯医生、罗梅罗医生和委员会的其他成员进行报复。收治病房这块阵地也并没有被精神病人占领。我猜想，或许是斯坦恩医生吸取了教训。无论是出于何种原因，罗梅罗医生极力阻止的那些沾有毒瘾的精神病人再也没有进过收治病房的大门。最可能的情况是，在这样的平静背后，斯坦恩医生很可能已经在酝酿一个长期的反击计划。我是这么想的，事实上他也是这么做的。接下来的几年中，米利亚姆修女、凯医生和罗梅罗医生的日子将会过得很艰难。

*

接下来发生的另一件事就是状告市政府的钱伯斯集体诉讼案[注]，这项指控指出，市政府让残疾病人长期住在深池医院，侵犯了他们的公民权。

如果这一诉讼案听起来有些耳熟，那么你一定还记得戴维斯案。没错，因为对钱伯斯诉旧金山市与县[注]的确是戴维斯案件的延续。在戴维斯案件中，原告的诉求得到了满足，他们迫使市政当局重新评价深池医院的每个现有患者，让符合出院条件的病人出院，并告知他们社区治疗的相关信息。相比戴维斯案，钱伯斯诉讼则更进了一步。其诉求要求市政府为任何想出院的患者安排可供替代的社区治疗方案，从而将新深池医院的规模削减三分之一。最后，这项诉讼要求市政府变更深池医院的职能，从长期护理转为只提供短期康复治疗。

为了给钱伯斯集体诉讼案找六位患者充当原告，律师们花了数月时

间在深池医院遍走巡访，散发宣传单，并游说病人参加他们的诉讼。他们发现大部分患者并不想离开深池医院。不过最后，还是让他们如愿以偿地找到了六位想这么干的人。其中的两位或许并不是指控深池医院不愿让患者出院的恰当人选，因为他们此前已经两次出院；第三位患者的家人反对他出院，并不赞同他参加钱伯斯诉讼的原告团队；但是剩下的三位倒是鼓吹患者出院的好人选，前提是我们有足够的经费安排他们出院后的住处和他们所需的全套康复及生活服务。

说实话，钱伯斯诉讼的主张实际上是有道理的，残疾患者在家中受到的照顾才是最适合他们的。而且，如果经费不是问题，目前深池医院的每一位残疾患者都可以出院回家。但是，恰恰是经费作梗。钱伯斯案的原告律师团队声称，让患者们在家接受护理的费用要低于在深池医院所花的费用。他们之所以会得出这样的结果，只是因为他们在计算时没有计入患者们的治疗费用。然而，正是这些残疾患者的疾病将他们送入了深池医院。在住院的过程中，身体的疾患让他们的情况变得复杂，让所需的费用变高，让出院变得遥不可及。即便住在深池医院相对来说会昂贵一些，可这笔费用的性价比仍然是很高的。因为有医生每天查房，有护士提供细心的护理，还有开放式的病房，以至于很少有患者由于病情加重而被转入县医院。

除了费用以外，钱伯斯案件的律师同样宣称深池医院过大、过旧且设施过时。他们说得没错，可是这几点既有弊也有利。实际上，这些弊病正是深池医院的优势所在。它庞大、古旧和不完善的特点成了这座城市中医疗系统的重要组成部分。我们都深谙，如果一位患者无处可去，深池医院总能收留他。

出于这种种原因，我们都为钱伯斯诉讼案深感担忧，唯独斯坦恩医生和市长看到了诉讼请求之后红光满面，不做丝毫反抗就达成了庭外和解。[注]市议会同意支付一切必要费用，让所有想出院的患者都离开。同时，市议会还出资支持另一项新的计划，叫作“患者遣散和融入社区项

目”（Diversion and Community Integration Program）。这项计划会监控深池医院的收治和出院行为。最后，市议会将新的深池医院的规模减少了三分之一。

没人知道钱伯斯诉讼的和解方案最终花费了多少钱，于是，谣言甚嚣尘上，有人说医院仅为了让那位带头的患者出院，每年就会花掉7.8万美元。这其中还不包括他的住宿和治疗费用。但是，斯坦恩医生似乎对这一切很满意。在他的下一个财政预算案中，他砍掉了凯医生作为临终关怀牧师的职位预算。这一职位是米利亚姆修女在很久之前设置的，而且她至今仍为此备感骄傲。

*

从我回到深池医院的收治病房，到“D提议”的出现，再到钱伯斯诉讼的产生，我仍旧抽出时间和罗莎琳德继续着前往圣地亚哥-德孔波斯特拉的朝圣之旅。

朝圣之旅的第三阶段会先跨越比利牛斯山，随后会穿越大半个西班牙。这一段旅程比前两段更加丰富多彩，而且同行的朝圣者也多了起来。第三年朝圣后我带回医院的故事是在朝圣中我和罗莎琳德超过“朝圣队伍”的那一天发生的。

在朝圣的过程中，我们并没有搞一个正式的小组，我和罗莎琳德一直都是两人同行，然而，朝圣小组还是在不知不觉中形成了，就好像《坎特伯雷故事集》中乔叟在小客栈中的境遇。这都是因为大多数朝圣者们每天从同一地点出发，一天中大致行走的路程也相差无几，我们的脚程大致是每十五分钟能够行进一千米，或者一小时行走约两英里（约1.6千米）。有些朝圣者走得稍微快些，会提早到达目的地，稍作午休或者喝上一杯。其他人则有他们自己的步调，不过他们仍旧会在同一天到达同一个目的地。就这样，两位美国人、几位法国歌手、一位爱开玩笑的失婚者、一位健谈的西班牙人、一位友好的丹麦人和两位严肃的德

国人就自然而然地组成了一个朝圣小组。

但那一日，我和罗莎琳德不知不觉地超过了我们的“朝圣队伍”整整一天的路程，然而我们对此茫然无知。那天夜晚，我们外出用餐，坐在桌边点好了菜。正当我们等待上菜的时候，我注意到就在我们右边的邻桌坐着另外两位美国女性，她们也是与我们年纪相仿的朝圣者，连她们的样子看起来都和我们非常相似。接着，我靠着椅背环顾四周，更加确定这和我们的队伍无疑十分相似。她们旁边就是两位神情忧郁的德国人，正专注于自己严肃的对话，可他们并不是我们团队的成员。接着，我听到有人在唱歌，歌的确是法语的，但实际上那是几个比利时人，他们也没有唱歌，只是正在用录音机放法语的歌曲。我们后方是个寡言的挪威人，他和我们队伍中那个友好的丹麦人很相似。除此之外，我们还看见一小群西班牙人正在高声交谈，不过他们也并非我们朝圣队伍的成员。

奇妙之处正在于此。当时我所看到的是一群一同前行的朝圣者，和我们的队伍十分相似但是又完全不同。一直以来，我都认为我们的朝圣队伍是独一无二的，一同前行在朝圣的路途上。同样，我也认为脚下的这条朝圣路途是属于我们的。我们是首次踏上这条道路的朝圣者，一路的艰险坎坷铺陈开来，我们也蹒跚前行，跋山涉水。总之，这一切对于我们来说都是全新的、初次的体验，然而事实并非如此。走在我们前面和落在我们后面的，都是几乎完全相同的朝圣队伍。你瞧，那天晚餐的时候，其他朝圣队伍仿佛我们两人和我们这一组人的影子一般出现。我们谁也不会注意，那一天走在我们的前面一天路程的，就是类似的队伍。而且毫无疑问，在两天路程以前和以后，肯定也有这样的队伍。

这就是那一年我带回深池医院的心得。

我已经在医院的工作当中意识到了一些类似的事情。我已经发现在收治病房，几乎我所管辖的所有病人都是相互交替的。看起来我似乎一直以来都有一个动态平衡的患者群，他们中总有两个有不良嗜好的男患

者、一位生活习惯不佳的女患者、一位牢骚满腹的年迈女患者、一位讲话客气的华裔病人、一位高龄的流浪汉和一位初来乍到又多才多艺的病人。可是，在第三年的朝圣之后，我发现这一点同样适用于深池医院的医生、护士和其他所有人。和我一同工作的医生护士们——杰弗斯医生、芬特医生、罗梅罗医生、凯医生、拉里萨、克里斯蒂娜、康利先生——乃至我本人都不是独一无二的。在我们之前或者继我们之后，都会有其他的医护人员集结在一起共事，组成与我们各自特点相类似的工作组。或许，这个工作组会出现在其他的办公大楼中，或许是在一间崭新的深池医院中，甚至会出现在另一个世纪里。但是，这样的工作组一定会产生，因为这条道路的本质需要它们。

我身边的患者、医护同僚、医院的管理人员还有我本人就像朝圣道路上的队伍一样，在偶然的情况下集结到一起前行。

这么想之后，我觉得身上的担子仿佛轻松了好多，我可以全然地超然物外了。因为即便我在此刻无法成为完美的维多利亚医生，但是最终会有人来扮演这个角色。

我同样体会到，我们在生活的舞台上所扮演的角色在某种程度上也只是暂时的。此刻，或许我是医生，你是患者，可下一刻，我们的角色就会调换。想通了这一点，第三次朝圣回来之后，我在治疗病人的时候会更加注意观察他们的眼神和表情。不仅如此，在对待医院的清洁工、护士和班车司机时，我也这么做了。我问自己，他们现在所扮演的是什么角色？每当这时，我总发现他们也在用同样探索的眼光望着我。

*

与此同时，我们新任的行政总监康利先生正在考虑如何执行钱伯斯诉讼案的和解协议。其中最主要的问题是如何实现其中对深池医院缩减三分之一规模的要求。

康利先生究竟会如何操作呢？方法不外乎停止收治新的病人，并且将现有的住院患者人数减少到780人。要实现这样的目标需要一年的时间。然而深池医院门外还有大批病人等待入院，康利先生迫于压力会将他们收治进来。减少患者数量同样会对医院的财务预算造成巨大的打击，因为预算收入是按照收治1030名患者，而非780名患者所带来的收入来估计的。此外，减少患者人数的举措还意味着康利先生必须按照相应的比例削减工作人员的数量。可是，即便患者减少，也不会造成整间病房被关闭，而是每间病房的患者数均减少。这么一来，裁员就成了一件棘手的事情。

鉴于种种困难，康利先生决定暂时不做任何改变，等新的医院开门再行动。他计划将目前医院中病情最重的780名患者转入新建成的医院，让剩下的300名患者仍旧留在旧院舍接受治疗，并逐渐让他们出院。当然，这样做意味着要同时运营两家医院、两间医院餐厅，让两套政策和管理流程同时运行。其实，康利先生还没彻底想清楚具体的执行办法，可是他也别无良策。

现在的康利先生看起来强势又热情高涨，说起话来声音粗哑而高亢，配上他红色的头发和胡子，更是让我想起了疯狂爱上安妮·博林的青年亨利八世。按照中世纪的说法，康利先生现在可是“斯坦恩医生的人”。他命令把深池医院从一间旧式的疗养院变成一家现代化的医疗护理和康复机构。在这一转变实现的过程中，斯坦恩医生早已告知过康利先生可能会遇到的阻力和困难。这些障碍包括倔强的医生们、冥顽不灵的修女还有前护理部主任。有了这样的预警，康利先生此刻可谓是准备充分。然而，意志坚定程度举世无双的康利先生最后还是犯了一个致命的错误——他走出了行政大楼，与患者们会了面。

我不清楚这件事情到底是怎么发生的，但是我猜测这件事和医院的电脑忽然间全部宕机肯定有某种联系。医院里所有的电脑都不能使用，连带遭殃的还有与电脑直接相关的电子邮件、打印机、所有的实验室数

据以及最小数据集表格。电脑彻底崩溃，而且瘫痪了数月之久。所幸深池医院的管理不灵活，相反显得粗枝大叶，还没有完全依赖电脑，我们中的大多数人还在使用书籍、钉在墙上的电话、木质的信箱、空中寻呼系统和实体时钟。

不过电子邮件系统就无法使用了。于是，为了不坐在两度重新装修的行政管理大楼看着无法发送的电子信函长吁短叹，康利先生不得不在纸上用手写出信息。其中有些重要而保密的函件，康利先生还得亲自送过去。就这样，康利先生怒气冲冲地走过大半间医院去送信，乘坐电梯的时候还要特别祈祷电梯能够顺利运行，别在中途停下。现在，他和我们一样，需要穿过和谐公园，经过聚集抽烟的有文身的患者们。康利先生从此中了深池医院的魔咒，于是，他开始在对身边经过的患者们打招呼。就这样，他认识了一些患者，开始去病房和开放式的病区看望他们。康利先生的态度变得缓和了。随着对患者情况了解的深入，他也产生了一些迷惑：原来这些人不只是“住在”深池医院，他们的确是病人。康利先生逐渐看清，深池医院或许是一家名副其实的医院，而不仅仅是护理和康复中心。

因此，即使在维修人员花了四个月修好了医院的电脑之后（我惊诧于自己在电脑宕机的这段时间中工作量的急剧减少，尽管实验室的检测结果每次都需要自己打电话过去才能拿到），康利先生依然每天走出管理大楼，去看望患者们。他查房时与紧闭双唇、目光锐利的莱斯特小姐不同，但康利先生也会坐在病床床沿，与他们交谈。同时，他倾听病人的反馈，从他们的视角来了解深池医院。

最后证明，康利先生接触患者的影响是巨大的。

*

不得不承认，康利先生的时运的确不济，至少在深池医院成为众矢之的的这样一个多事之秋里，他的运气实在差了一点。

就在钱伯斯诉讼刚刚结案的时候，医院的电脑仍旧不能正常使用，正在这个节骨眼上，我们的患者韩太太突然从二楼或是三楼的窗户坠下身亡，而且没人知道这件事是如何发生的。[注]韩太太是一位痴呆症患者，在某天的下午，她突然变得比往常更加激动，她在病房里不停地走来走去，并且要出院看望家人。护士们让她躺在床上，并且给她用了镇静剂。韩太太睡着后，护士们就各自离开去进行其他的工作了。几个小时后她们回到病房查看韩太太的情况时，却发现床铺空着。她们看见她的手镯挂在敞开着的窗户上，而韩太太躺在两三层楼下，已经死亡。

不消说，州政府对这一事件开始了调查。

接下来，《华尔街日报》联系了康利先生。[注]这家报纸正在对类似深池医院一样老式医院的不合时宜大做文章，于是他们派了个记者来采访康利先生。就在接受采访的同一周，司法部的人来了，并给康利先生一份长达五页的问题。问题要求深池医院对他们此前提出的最低补救措施的实施状态进行答复。紧接着，电视台的记者前来采访。记者发型考究，下巴突出，架着摄像机采访他，内容是关于韩太太的死和正在进行的各项调查进度。

即便现在的康利先生变得温和了许多，也曾经做过船舶工程师，但是在这次采访中他还是力有未逮。当时，记者询问他为何韩太太这样一位失智又不安的老人会被独自留在病房如此之久，况且她当时极度想出院，也够得着窗户。听到这个问题后，康利先生的回答就有些欠妥当了。

“我们给韩太太提供的监护非常好。”康利先生解释道。

“得了吧，”记者说，“你们监护她到什么时候？到她从三楼坠下的一刻吗？”

“不是三楼。”康利先生更正道。

那么为了防止此类事件进一步发生，他打算做什么呢？

“我认为你需要重新调整工作人员的安排了，”记者接着说，“重新检查一下你们的流程还有质量管理体系，认真地看看哪里出现了问题。尽量不要因为外界的因素而分心了。”

采访完康利先生之后，这位记者又采访了一位曾经在深池医院工作的医生。这个人表示韩太太的死与市长最近对于深池医院的预算削减息息相关。像韩太太这样的病人，需要有人在身边陪伴，而深池医院没能提供这样的看护。如果有工作人员能给予这样的照顾，她就不会从三楼的窗户坠下了。但是请看护的费用昂贵，康利先生不得不将这笔开销从预算中删除了，这位医生指出。

得到这样的消息后，这位记者继续向市长求证，希望得到他对于这项指控的回应。为此，他向市政府递交了采访申请，也尝试给市长打电话。最终，市长在开完会议离开时被他逮了个正着。那么，市长是否赞同韩太太的死与他的预算削减相关的观点呢？

那天，与记者的发型同样考究的市长始终缄默，一言未发。

可是，从那以后，康利先生似乎开始“转运”了。他的预算额度上涨了数十万美元，并且注明这笔钱的用途是雇用一家公关公司，专门“协助深池医院从医疗单位转变为社区机构”。[注]与此同时，康利先生需要找人来顶上一项新的职位——“政府与社区关系主任”，其工作内容是“处理负面宣传并改善医院与社区和媒体的关系”。其实，对于新的预算和头衔，康利先生都没有太过操心。在雇用公共关系公司的事情上，康利先生选择了与市长合作的一家公司。此外，他选择了市长的发言人阿德里安·瑟夫来担任首任政府与社会关系主任。同时，他遵照斯坦恩医生的意见，返聘了丹医生作为医务部副主任，帮助自己处理新增的文书工作、应对外界疑问并做出一些决策。

*

对于我们来说，照顾病人越来越困难。医院的电脑瘫痪了很长时间，在这种情况下，我比之前更加依赖于自己对病人的检查和希尔德加德的医疗方法（methodus medendi）。再加上诸多调查人员、媒体人、文章和各新闻机构纷纷肯定地表示深池医院这间庞大而老旧的疗养院已经不再能顺应未来的潮流，我们也难免更加士气低落。不过最后，这个多事之秋看上去终于得以平息。或许，我们正在适应这些改变吧。医院的执照和证书的定期审核顺利通过，电脑恢复了运行，崭新的深池医院院舍也终于在这座山谷里露出了头角。

这座山谷之前一直是那么安静地存在着。这几年来卡车如梭般在山坡上来来往往，他们来时掀起尘埃，走时又绝尘而去，我也早已习以为常。工地周围拉起了铁丝网，树木被砍倒、移走，往日的草场被光秃秃的泥土取代。突然之间，新的医院大楼仿佛一日之间突然拔地而起，让我吃惊不已。钢筋大梁包裹着玻璃幕墙仿佛霎时间出现，几年前建筑师在图纸上向我们展示的连接三座大楼的连廊就展现在我们面前，绿色的玻璃幕墙格外炫目。南楼就在连接楼旁边，这座大楼高耸方正，外墙刷着白漆。设计中的东楼并未出现，它因为钱伯斯诉讼案的缘故而被取消。西楼的工程被推迟了，直到克拉伦登大厅被拆除后才会开工。无论如何，这一切都很有趣。它倏忽而至，打破了长久的宁静。

但是，我们这间狭小的医生办公室的那扇装了铁条的窗户却不是朝向新大楼的。从这扇窗户向外看，只能看见医院背后的停车场，救护车每日从这里进进出出。我们甚至还可以看到更远处的树林，病人们还会溜到那里抽烟、饮酒，还有进行无防护的性行为。而我继续收治着当时仍然可以入住本院的各种稀奇古怪的病人。那一年收治的患者众多，但我想要分享的是拉德卡的故事。

*

拉德卡·谢苗诺夫娜是一位美丽的女士。

初见拉德卡的时候，我就从匆匆一瞥中发现了这一点，即便当时她面色苍白，眼圈乌黑，失去了一头秀发。特别是当我见到她女儿时，就更加确认了自己的判断。刚从起飞自保加利亚的飞机上下来的她经过医生办公室的门口时，我就不再闲聊下去了。她身材瘦高，顶着一头利落的黑色短发。她的睫毛浓密纤长，阳光一照，甚至在脸颊上留下了一道阴影。她的鼻子挺拔，妆容适宜，嘴唇厚实。这是一张美丽的脸庞，这张脸庞上透着坦率，也透着疑惑。一小时后，我们坐在她母亲的病床边倾谈，才发现她正努力地试图理解母亲的病情。

在我的解释下，她了解到拉德卡在两年前就患上了癌症，如今正在走向死亡。我在介绍的时候，她的主要精力放在了理解我所说的英文上。看得出，理解英文对她来说并非易事。随着我的嘴巴开开合合，她厚重睫毛下的一双眼睛也眨巴眨巴，遇到没听清楚的地方还会皱起眉毛。与此同时，拉德卡也非常认真地听我说话。随后，拉德卡用保加利亚语向她的女儿翻译我所说的内容。我从未听过这种语言，但是充满韵律的音节从她口中的每个角落涌出，其节奏类似于俄语。

“我了解了，医生，”拉德卡呼吸急促地回答我，“癌细胞已经转移到了我的肺部，而且我的骨头和脊髓里也有，我把这些都翻译给女儿听了。”

说完，坐在床上的拉德卡抬起头看着我。我坐在她床边，听拉德卡亲口说出了她的病情。我让她女儿坐在我们病房所剩不多的瑙加海德革椅子上。她脱下皮夹克，把它搭在椅背上。

“我会给你开抗生素，化疗的剂量也要加强，”我解释说，“因为你肺部的癌细胞周围或内部可能有些感染。虽然抗生素不能杀死癌细胞，但是可以消除感染，让你的呼吸变得顺畅些。”

“好啊，谢谢你，医生。”拉德卡回答说。

说到这里，拉德卡的女儿看上去仍然显得有些迷惑，但也没有询问任何问题。她只是向我道谢：“谢谢，医生，谢谢。”她道谢的语气在我们从医生变成“健康护理提供者”之后就再也听不到了。而后，我离开病房，留下她们母女用保加利亚语轻声交谈。

*

起初，拉德卡并不是我的病人，负责她的是张医生。

张医生和拉杰夫医生一样，是收治病房新来的两位“健康护理提供者”之一。她个性温和可靠，且受过良好的培训。每天，她按时上班，从不迟到早退，而且工作勤奋努力。看起来，张医生对自己负责的病人爱护有加，给他们做体检的时候跟之前的拉赫曼医生一样优雅。尽管她偏好用电脑办公，还是会手写病历记录，且笔迹优美整洁。看着她的笔记，我简直无法相信张医生不清楚如何给病人做全面检查，直到有一天她向我坦诚：

“医学院已经不教这些了，我们要学的东西太多了，顾不上这个。”

起初，拉德卡是张医生负责的。县医院将她交给我们，让她在深池医院接受化疗，等待死亡的最终审判。要知道，直到两年前被诊断出患有宫颈癌为止，拉德卡的身体素质都非常好。之后，她接受了手术和化疗，恢复得也很好。可就在去南斯拉夫与子女团聚的途中（保加利亚禁止拉德卡回国），拉德卡突然发生呼吸急促。南斯拉夫的医生为她做了放射检查，发现她的肺部出现了癌细胞。因此，拉德卡返回了这里，在县医院做检查。

检查的结果并不好。医生在拉德卡的肺部、骨骼和脊髓中都发现了癌细胞。县医院的医生建议她做进一步的化疗。可是，由于拉德卡以做

清洁工为生，与他人合住且家人都在保加利亚，她被转到了我们这里。张医生收治了拉德卡，并给她安排了第一个疗程的化疗。由于收治后的第一天张医生就休假了，于是我接手了她的患者。就在这种机缘巧合下，我认识了拉德卡和她的女儿。新的化疗让拉德卡心跳过速，所以她当天就被送回县医院去观察病情。再次回到深池医院后，她就成了我的病人。

在遇到拉德卡母女前，我没有接触过任何保加利亚人，到现在她们也是我所接触的仅有的两个保加利亚人。

有一天，拉德卡告诉我，保加利亚是黑海边的一个古老国家。当初，身材纤瘦、皮肤棕黑的人们在这里定居，却经常遭到希腊、突厥和俄罗斯人的侵略。[注]侵略者们总是悄悄地来，然后攻城略地，最后又返回各自的国家。但德国除外。拉德卡告诉我，保加利亚人对德国人没什么好感，而且德国人在“二战”时期在保加利亚也没有讨到什么好。他们的确入侵并征服了保加利亚，而保加利亚的国王也的确与侵略者们握手，议会也同意施行一系列新法令。但是，无论是非犹太人还是犹太人都戴着黄色六芒星[注]在大街上走来走去。犹太人的商铺只要有破损的窗户，都会被修葺好。街头但凡出现反犹太人的涂鸦，都会被人用涂料覆盖掉。没有犹太人和吉卜赛人被从保加利亚转移到集中营。最终，德国人也逃回了家。

当我问到拉德卡为何不重回故土看看时，她美丽面庞上的表情倏而凝固了。我知道，她来美国很多年了，即便取得了一个经济学博士学位，可还是以帮人打扫房屋为生。她没有回答我的问题。

“是因为政治原因吗？”我问道。

她的头微微点了一下，从嗓子眼里挤出了两个字“是的”，除此之外别无他话。

至于故事到底是怎样的，拉德卡始终三缄其口。

后来，护士们跟我一样喜欢上了拉德卡。有一次她旧病复发再次被送到县医院，回来之后护士们专门为她在病房的一隅安排了一张安静的病床供其休养。对于那些看重宁静和私密性，乐于聆听莫扎特，戴严肃的黑框眼镜阅读《华尔街日报》的患者来说，那张角落里的病床简直堪称绝品。不算过道对侧的患者的话，这张位于角落的病床旁边仅有另一张病床。没错，病房里的公用电话也放在这个角落里。这也就意味着有人会在你病床隔帘的外侧接听电话。但即便如此，这张床也是病房里位置绝好的。拉德卡深知护士们对她的照顾，因此对于换床也深表感激。

*

渐渐地，有鲜花出现在了拉德卡床边的窗台上，她的柜子上也放着草药和维生素丸。由于拉德卡在睡觉的时候还是时不时会被其他病人吵醒，于是我们最后将她换到了一间只有一张病床的单人病房里。在这样单独的空间里，她显得很警觉，这令我仿佛看到了她很久之前所经历的打击和由来已久的影响。

“听起来不错，谢谢你。”当我告诉拉德卡她将要搬去单人病房时，她这么回答我，“但是，一旦有其他患者需要那间病房时，你们会如何安排？我得重新回到角落里的那张病床吗？”

她说的没错，一点都没错。拉德卡所问的这个问题十分机敏且明智。但是这样的一个问题是任何本土出生的美国人都想不到也不可能会提出的。诚如我们所知，在美国的大多数机构，尤其是公立医院中，一旦竞争出现，人们在理智上是不会偏向更敏捷、强壮和富有的一方的，而是用时间和概率对他们一视同仁。换言之就是先来后到，也就是说一旦你因为排在前面或者运气好而得到了现在的病房，那么这间病房就是你的了，不会再换。

显然，在这一点上拉德卡比本土美国人显得更加谨慎，更讲策略，也更悲观。她拒绝了单人病房，愿意独自默默地在深夜忍受被打扰的睡眠。几周时间之后，历经几位病人来了又走的单人病房重新空了出来。这一次，我告诉拉德卡，即便仍有换病房的可能，从健康和睡眠质量的角度看也要搬进单人病房。

“拉德卡，我觉得你得搬进单人病房，你得保证好的睡眠质量。我们没法保证，但是会尽全力让你一直住在单人病房的。”

接下来是一阵沉默。

我看出来，她一定是有些隐忧。

于是，我理解了她的想法。

“你看，深池医院是一家公立医院，”我解释说，“市政府出钱运营这间医院是为了救治贫困的人们。在我心里，这是一家天堂中转站。我们将为贫困人士服务的医院称为天堂中转站，在法国至今仍保留着这样的称呼。”

拉德卡点点头。

“这是一间老式的医院，充满异味又不华丽，但是却是免费的。”

“你的意思是说单人病房的费用不会比我现在所住的病床贵？”

“不会的，”我告诉她，“两种病床的费用不会有任何差异，深池医院是一家为一无所有的人开办的医院。我们有一些单人病房、双人病房和许多大病区的病床，而这些病床所需的费用都是一样的——都是零。”

此时的拉德卡似乎比平时更加安静。

“美国，”她说，“美国是个好国家。”

她的意思是，美国是一个慷慨的国家，一个富有而慷慨的国家，真正体现了“慷慨”一词最本质的含义——高尚。

美国，尤其是近年来的美国，就好像每个人家中最小的孩子，特别关注自己的过错。美国人就像他们面无表情的英国清教徒国父那样，对自己的要求格外严格。我们不会过于关注已有的成就，而是看到自己没有做的、还未完成的、没做好甚至做错的事情。若是从完美的上帝视角来看，我们对于自己的要求是无可厚非的。而在拉德卡看来，美国人的行为简直是令人难以置信的。因为一些或正确或错误的行为被自己的母国追缉的拉德卡明哲保身，三缄其口却心如明镜。她长年累月辛勤地以清扫为生，心存着哪怕还能再回祖国家乡看一眼的渺茫期待。美国有什么理由为她着想呢？但是，实际上她的确受到了很多照顾。这些帮助无须回报且充满善意。在美国，拉德卡能够吃饱穿暖，患了癌症可以得到医治。她被身边的善意包围，即便这些援助并不十分奢侈。施予援手的人们甚至都不需要拉德卡回报和感谢。

美国是个非凡的国度，我们应该感到骄傲。

*

后来不久，我们为拉德卡找了一间更好的病房。这间病房就位于即将被拆除的克拉伦登大厅里，到那里去需要穿过已经变得拥挤而吵闹的山谷。在那里，拉德卡仅有三名病友，还有会说俄语的莉迪亚医生专门负责照顾拉德卡的病情。拉德卡知道要离开收治病房的时候非常伤心，我也舍不得她走，但是更换病房对她确有裨益。当然，我还是可以时不时地去看望她，一旦拉德卡有需要，她的女儿也会来找我。所以，拉德卡放心地搬走了。

如同许多癌症患者一样，拉德卡正在经受着一场漫长的磨难，她还

未准备好放弃生命。她希望亲眼看见儿子通过职业资格考试，完成实习期，看到女儿平平安安地留在美国。因此，拉德卡选择进行化疗，而在最初确诊时，拉德卡根本不考虑接受化疗。她服用过卡铂（carboplatin），这种药物让她满头的秀发都脱落了，手指也失去了知觉。后来，她又使用了紫杉醇（Taxol），这导致她心律过速，几乎濒临死亡。当这一切治疗都失败之后，莉迪亚医生又为她找到其他可以使用的药物，拉德卡也继续尝试。拉德卡从不怨天尤人，但她依旧对生命不舍，不忍离开，没有准备好去另一个未知的世界。最后，拉德卡已经无药可用，于是她让女儿找到了我。

拉德卡的女儿还是那么美丽，可是眉间已经出现了皱纹。她满脸都写着悲伤、无助和对命运的顺服。她问我会不会去克拉伦登大厅看看她境况危急的母亲。

要知道，莉迪亚是位年长的医生，且行事老派，拘泥于旧式的陈旧礼节。因此，我打了个电话给她，询问我是否方便去探望拉德卡。

莉迪亚医生告诉我，我的到访或许能对于拉德卡的病情有所帮助。拉德卡现在变得沉默寡言，她的精神科医生认为她出现了抑郁的症状。但是，她却拒绝服用抗抑郁的药物。莉迪亚医生认为，或许我能劝劝拉德卡。对于这样的状况，莉迪亚医生非常难过。

于是，我跟着拉德卡的女儿一同来到克拉伦登大厅。我们先朝下走，穿过新建大楼的工地，然后穿过英王爱德华时代[注]的几扇旧门。接着，我们又上楼梯，穿过大厅，来到了拉德卡所住的四人间病房。她就在墙角靠近门的那张床上。我走进房间的时候，拉德卡正躺着。她是那么的瘦弱纤细，以至于几乎看不到她在被单下的身体。她床边摆放着药草、一部收音机、几本书和她的黑框眼镜。她卷曲的灰头发又长了回来。

但是，拉德卡的情况非常虚弱。行走、说话甚至呼吸对她来说都是

痛苦的挣扎。她并不咳嗽，因为咳嗽需要耗费太多的气力。她显得黯淡无光，生命之火昏暗而摇曳，似乎就要熄灭。用中世纪的隐喻来说，她即将油尽灯枯。她身心俱疲，用惯常的沉默无声来表达自己的坚忍。

接着，我离开了病房，去护士站查看拉德卡的病历记录表。莉迪亚医生虽然年迈，却是位称职负责的好医生。她行事仔细，心地善良。她的报告中有一项显示拉德卡的肺部有一处更大的肿瘤。肿瘤科医师的建议是，拉德卡仍可以尝试一种药物，但是她对于可能的治疗效果并不乐观。精神科医师在另一份报告中推荐使用一种抗抑郁药。拉德卡的化验报告显示，她的生命力正在逐渐消退，骨骼和血液已经越来越少。

随后我又返回拉德卡的病房，里面只有她一位病人。这张病床靠北，这个角落很少能沐浴到阳光。

此时，她女儿忽然起身说："我得去工作了，谢谢你，医生。"她看着我，美丽的光芒也晦暗了不少，面庞上透露着疲惫、紧张和悲切。但是她还要替拉德卡去打扫那些房子，所以她离开了。

于是，房间里只剩下我和拉德卡。

我在她床边的凳子上坐下。拉德卡也坐了起来，背靠着枕头抵住墙。她向我投来一个询问的眼神。

"情况不太妙，"我说，"但是我们还有希望，我会帮助你的。"

她听后点点头。

"精神科医师还希望你能服用一些药物，让你感觉更好，更有活力。"

"嗯，我知道，他跟我说过。我应该吃吗？"

“我觉得可以，这些药并没有太多副作用。服用几周后，你就会感觉好些，更有力气。你的儿子怎么样，过来看你了吗？”

拉德卡的眼睛忽然亮了：“他来不了，得准备考资格证，但是他每周都给我打电话。或许夏天的时候，他就能拿到签证。”

她停下，吸了口气。我们就这样安静地坐了一会儿。她身体前倾，问我：“你愿不愿意看看保加利亚的照片？”她看着我，我点点头，“就在那儿呢，最上面的抽屉里，请你把那些照片拿过来好吗？”

我打开最上方的抽屉，里面并没有太多东西。但是我发现了一个信封，里面装着照片。我挪了挪椅子，正好挨着拉德卡坐下。她从信封中拿出已经泛黄的黑白照片，表面光亮却有折痕。拉德卡瞧了瞧最上面的一张，并将它递给我。

“这是我在保加利亚时住的房子。”

我接过照片，想象着拉德卡和我正站在这方国土之上，面对着这栋一层的大木屋。拍照者站在菜园对面，朝着木屋方向拍下了这张照片。照片里的菜园可不像我家仅种植了一些玫瑰、大丽花和时令蔬菜的花园那样狭小，拉德卡家的菜园显然是有人精心照料的，并有着颇为实际的用途。菜园内部种植了一亩韭菜和刀豆，此外，大白菜、南瓜、西红柿和土豆也都井然有序地成行排列。

我看照片的时候，拉德卡就一直注视着我。

“我们生活充实，可就是没有钱。”她说。

接着，她递给我第二张照片。照片中的女子挨着木屋，一头卷曲的棕色长发，神采奕奕，浅笑嫣然。原来那就是拉德卡。她身边站着一位高大强壮、面露笑容的男子，他卷起袖子，须发乌黑。

“这是我和我丈夫，那时候我身体很好。”

“这张照片是多久前拍的呢？”

“五年前。”

我能够想象当时的拉德卡夫妇，他们过着艰辛但丰富多彩的生活。时常有其他学者造访他们的住处，在夏夜的阴凉中享用晚餐，身周是烛光和萤火虫的光芒，还有蟋蟀在草丛里鸣叫。

“我们的房子距离市中心并不远，大概一小时车程。所以，每逢周末和暑期，我们就到这所房子里度假。”

他们在房子里玩纸牌，在菜园中劳作，为体制感到沮丧愤怒。一个移居海外的想法在他们的心中酝酿。

我看了看其他的照片，基本上都是从不同角度拍摄的这座房子和菜园，于是我将照片还给了拉德卡。

“谢谢你，”我站起身，因为拉德卡的体质太过虚弱，我并没有和她拥抱告别，我告诉她，“我会和莉迪亚医生谈谈你的病情。”

“也会和我女儿说吗？”

“当然。”

*

之后，我再没有见过拉德卡。几个月后，她的女儿来到收治病房告诉我，拉德卡决定转去凯医生负责的临终关怀病房。她的儿子顺利毕业，且通过了考试。那之后，拉德卡很快就去世了。拉德卡的女儿因此再次来到收治病房找我，感谢我为治疗她母亲所做的一切。她一再邀请我去保加利亚旅游，告诉我那是个很美丽的国度。

我的确打算找时间去那里看看，并希望安排一条穿越保加利亚，穿越那里的群山，然后顺势而下到达黑海之滨的朝圣之旅，然后与其他的保加利亚人相遇。

但与此同时，深池医院也正面临着又一项重大变革。我仿佛听见，它正在遥远的夏威夷收拾行囊。它正要回到我们这座城市，寻找安身之所。接着，我听见这个脚步声越来越近，是一双优雅的棕色软皮鞋走路所发出的声音。这个声音比曾经的医院管理者、修筑新院舍的建筑师还有参与诉讼案的律师们所穿的鞋子都要美妙。

这变化就是丹医生，他回来了。

---

1. 职业治疗，指的是通过为病人安排特定的工作使其维持某种身体机能的治疗方式。

2. 我认为史蒂芬得的一定是罕见的贝克肌营养不良（Becker muscular dystrophy），而不是更常见的进行性假肥大性肌营养不良（Duchenne muscular dystrophy）。

3. 伴性遗传病，指的是致病基因位于性染色体（即X和Y染色体）上，因此与通常的遗传病显示出不同的遗传方式。

4. 参见www.sf4LagunaHonda.org上的《旧金山市2006年D提议：通过分区的变化来限制深池医院与其他居民医疗机构的服务范围》这里存在两个不同的组织：一个是深池医院旧金山市民援助团，该机构支持D提议，另一个才是保卫深池医院委员会。米利亚姆修女、罗梅罗医生、凯医生和已经退休的莱斯特小姐都同时是这两个组织的成员。

5. 参见“Mark Chambers et al.vs City and County ofSan Francisco ,C06-06346 WHA First Amended Complaint for Declaratory and Injunctive Relief”（马克·钱伯斯等诉旧金山市与县），2006年10月12日提交。这份诉状有许多附属要求，除了我前文所关注的那些之外，还包括以下内容：负责该案的原告律师将会监督诉讼结果的执行，并每季度为此能得到20万美元的费用（见第27页）。关于该案的政治背景的概述，参见George Wooding著，“Hi Sean”和“Laguna Honda Hospital Policy Questions——Parts 1 and 2”，收录于www.miralomapark.org。关于律师的视角，请参见www.bazelon.org。巴兹隆组织（bazelon）以关闭州立精神病院为荣，现在正在试图关闭州立长期护理机构。有人认为，斯坦因医生和市长可能帮助了钱伯斯案的筹备工作，这样他们就可以通过缩减医院规模，并将省下来的病床提供给无家可归者而节约经费。根据Wooding的记载，这些事件的发生顺序暗示了这一点。市政府残疾人办公室的主管Susan Mizner和钱伯斯案的律师们，还有独立生活资源中心（Independent Living Resource Center，该机构后来成了钱伯斯案的一家法人原告）在前者的办公室开过会。会后，Mizner编写了《审计长报告》的附件

A，她在文中通过计算得出结论，让病人出院比把他们留在深池医院更便宜。尽管她也提到，医院里有40%的病人有精神疾病和滥用药物的问题，但她并没有在分析中考虑这些因素，而是将这些人的医疗开销估计为0。参见Susan Mizner，“Estimates for Housing, Medical and Supportive Care Costs for People Discharged from Laguna Honda Hospital”，收录于市审计长Ed Harrington的报告“Laguna Honda Replacement Program:Where Do We Go from Here？”的附件A，该报告发表于2005年5月19日，收录于www.disabilityrightsca.org/advocacy/lhh/HarringtonReplacement.pdf。

6. 旧金山市与县，在美国，州的下一级行政单位包括县（county，也被翻译为郡）、教区（parish，仅限路易斯安那州）或行政区（borough，仅限阿拉斯加州），此外还有不属于县的独立市（independent city，大多数位于弗吉尼亚州）。而县级区划还可进一步分为镇级区划［统计镇区（survey township）和行政镇区（civil township）］。县级行政区划和镇级区划是按照地理特征来进行划分的，是州的下设机构。而在此之外，以人口分布情况为准，可以依据各州宪法建立自治的市政机构，其规模千变万化，名称也多种多样（如自治市、市、镇、村、自治镇等），但本质上是遵守联邦宪法和该州宪法的独立地方自治组织，与州、县之间只存在法律关系，不存在上下级关系。但旧金山市和纽约市等市政机构的地位更加特殊，依据法律，加利福尼亚州旧金山县在一次行政机构重划时与旧金山市合并，使其具有市政机构和县政机构的双重属性，也就是说它既是旧金山市民的自治机构，又是加利福尼亚州的下属县。因此，旧金山市的正式翻译名应为旧金山市与县（City and County of San Francisco）。

7. 在解释《钱伯斯案和解协议》时，斯坦因医生对报界说：“这是患者的胜利，市里也因此省了钱，所以这是一场双赢。”引自Elizabeth Fernandez，“S.F. To Subsidize 500 Housing Units for People Leaving Laguna Honda”，《洛杉矶记事报》2007年11月28日。钱伯斯案的第七位原告就是独立生活资源中心，其负责人也是市长的长期护理协调委员会的委员之一。

8. 康利先生的评论是从Dan Noyes的采访中截取的，该采访的标题是“Feds Investigate Laguna Honda Hospital”（http://abclocal.go.com/kgo/story?section=news/iteam&id=5133815），采访于2007年3月19日）。医生的评论引自此后同样由该记者所做的采访中，名为“Did Budget Cuts Lead to Patient’”s Death? Doctor Offers Insight。（http://abclocal.go.com/kgo/story?section=news/iteam&id=5135013，采访于2007年3月20日）。后者还描述了记者采访市长的尝试。

9. 参见Lucette Lagnado，“Battle on Home Front”，刊于《华尔街日报》2007年5月7日。由于这位女士采访了我的两位病人，我试图联系她，希望了解她是否想弄清楚他们的病情。她没有回电话，也没有把事情讲清楚。

10. 康利先生在2007年4月16日对卫生委员会说，这笔钱是用来聘请一家公关公司并设立一个媒体职位的。他说，这家公司——广角通讯公司——将“协助深池医院从医疗单位转变为社区机构”。他任命阿德里安·瑟夫为政府与社会关系主任的公告发表于2007年10月29日。阿德里安曾经是市长当选后过渡小组（即负责两任官员之间交接事务的工作小组）

的发言人，他的职责将是“处理负面宣传并改善医院与社区和媒体的关系”。关于上述卫生委员会的会议记录，参见www.sfdph.org/dph/files/hc/jcc/lhh/minutes。

11. 不过，现代保加利亚国家的雏形，乃至现代保加利亚人的来源，也是这位女士口中的侵略者中的一员。读者可自行查找关于“保加利亚第一帝国”的历史。

12. 黄色六芒星，纳粹德国在国内和占领区所使用的标示犹太人身份的标志。

13. 爱德华时代，指英王爱德华七世在位的1901年至1910年。

第十一章
复苏

我和丹医生从来没有正式认识过。

诸多的机缘巧合导致了我们姗姗来迟的见面。他刚来深池医院的那一年，我正在瑞士。那时罗梅罗医生身为医务部主任，非常辛苦。其间，司法部造访医院13次，次次都就医院的运行情况对她进行质询，收治病房也因此嘈杂不堪。医务部主任所要承担的谈判以及妥协的重担，让罗梅罗医生厌恶这一职位。就罗梅罗医生的性格而言，让她表现出其性格的两种极端一点都不难，她既可以甜美而温和，又可以刻薄而正直。但是，如果让她在两者中取妥协之道，则几乎是不可能的，她根本不相信这种中庸之道的存在。

最终，她受够了。她决定辞去医务部主任的职务，回到收治病房做一名普通的医生。但是，她并不会重新回到由我、杰弗斯医生和芬特医生组成的团队中，而是要选择一位新来的、从未共事过的医生，这样一位同事要愿意长时间地和她一起全职在收治病房工作。于是，罗梅罗医生将这一信息发布了出去，丹医生得知后便来应征面试，罗梅罗医生那时便对丹医生很满意。

丹医生的皮肤呈晒后的那种深棕色，平头和鬓角还是20世纪50年代流行的样式。他身着好看的行头，从阿玛尼的大衣到古驰的鞋子。从修剪平整的指甲和浓密的棕色眉毛可以看得出，丹医生的确花了不少心思来修整自己的仪容。丹医生个子高又纤瘦，相比之下头部显得过小。老实说，他算不上帅气，但是他十分善用自己的天赋。罗梅罗医生认为，丹医生一定会成为一名称职而出色的医务部主任，而且她也会尽力帮助

丹医生日后担任这个职位。因此，罗梅罗医生聘用了丹医生。就这样，我从瑞士回来的时候，丹医生才会在收治病房里与其他人一同欢迎我。可惜的是，此后我和丹医生就没什么机会来往了。

因此，我和丹医生之间就一直缺少一个互相认识的机会。我只在下夜班驾车经过他的身边时才会看到他，那时，他正大步跑下山赶有轨电车回家。除此之外，我对丹医生的了解仅限于各种小道消息。有人说，他工作之外的日程安排简直让他崩溃，也有人说他暗中让门房监控我们有没有准时上下班。但是，给我留下最深刻印象的还是他的病情检查记录，因为每一页都字迹整洁干净，内容也简明扼要。

丹医生对病人的关爱是发自内心的。将心比心，他负责的病人也十分喜欢丹医生。然而，从他的病情检查记录可以看出，丹医生很少会对患者的病情刨根问底。他从不曾给此前负责这些患者的医生打电话，也不会彻底审阅记录或者重新给病人做全面的身体检查。对丹医生来说，工作效率才是首要的，他并不认为重新体检会对病人的康复有任何裨益。与此相对，他的工作方式是将患者带来的之前的诊断记录和用药处方照抄到自己的病历上，这就是为什么丹医生接诊的效率会比我认识的任何医生都要高。而且，他对于我们其他医生在接诊每位患者时花费的大量时间也甚是不解。在丹医生看来，流程才值得花费时间。作为医生，他可以在任何地方又快又好地施针缝合，比如患者的脊柱、肺部、腹部、静脉或是动脉。只要提到流程，你绝对想不到丹医生以外的人。

很多年来，丹医生都待在收治病房的那间办公室里，总是关着门不愿被人打扰。他成了医务部副主任。但是，他一直没有机会将自己的计划付诸实践，也就是用全职的医生来代替目前在医院工作的兼职同事。不仅如此，他也没能劝说足够多的医生来参加他的早会。但是，他在医生专用的停车场里安装了摄像头，并且计划安装一个打卡机。在这一切尚未有机会变成现实的时候，丹医生突然消失了。有一天我们来上班，他就已经不在了。原来，他在夏威夷谋到了一个薪水更加丰厚的职位。

于是，他卖掉了在这里的房子，收拾好行李坐船去了夏威夷。这一切只花了两周时间。

自丹医生离开，我们足足有两年的时间没有收到任何关于他的消息，直到康利先生打电话游说他回到医院。康利先生让丹医生回去继续做原来的副主任，就在收治病房的那间办公室里办公。康利先生这么做的意图是让丹医生帮助他应付钱伯斯案件，丹医生可以负责回应司法部关于医学方面的质询。此外，深池医院新大楼建成后，丹医生也可以帮助他顺利完成迁移的组织工作。丹医生还可以将医生们组织到一起，特别是在凯医生和罗梅罗医生，他们因为坚持对医院和县政府关于财务预算的问题提出质疑而激怒了斯坦恩。由于现任的医务部主任索南医生经常在楼上的办公室，不怎么接触这些事务，所以康利先生保证丹医生可以全权处理此事。

丹医生很感兴趣。即便他在夏威夷的时候赚的钱更多，而且担任的职位也更高，可是他仍旧怀念深池医院。他告诉康利先生，他愿意回来，可是因为曾经与罗梅罗医生发生过争执，他不想和她继续共事。对于这事的细节，他却不愿多谈。

“和维多利亚医生一同工作如何呢？”康利先生问道。他告诉丹医生，我现在已经回到了收治病房。

看看吧，丹医生打算先试试。

*

丹医生回来的那天，我听到他的脚步声一路穿过门厅，脚步声里掺杂着些许忧虑。

他一路没停地走到我们办公室的门口。接着，脚步声戛然而止。当时，我正在桌边看一张表格，听到声音便回头看看发生了什么事。于

是，我便顺次看到了他棕色的软皮鞋、灰色的丝绒袜、折痕清晰的亚麻裤、深绿色的开领衬衫以及奶白色的阿玛尼西装。我看得出来，丹医生一如既往地衣着考究。此外，他的肤色相比以前呈现出一种更加健康的古铜色。他站在医生办公室门口四下观望，接着他走了进来，拉开写字台里面的一张椅子坐下。丹医生在桌上舒展双臂，然后低下头。

“故地重游，依然没变。”丹医生小声说着。“所以，你也喜欢这里咯。”我说。

接着，他坐起身，朝我的方向转了转椅子。这时我才发现他的轮廓十分特别，这是一种贝叶挂毯[注]当中法国骑士的轮廓。高高的额头倾斜下来，粗壮的鼻梁根与眉毛平齐，这样的脸庞与中世纪的诺曼式头盔堪称绝配。

“是啊，我在夏威夷工作的时候真是十分怀念这里。”

“那里的工作怎么样？你具体做些什么呢，又是对什么不太满意？”

“嗯，看上去那的确是一份不错的工作。我负责凯萨医疗集团[注]在全夏威夷的亚急性医疗护理。薪水很高，几乎是这里的两倍。此外，那里的海滩很棒，杰克也非常喜欢。但是，最大的问题在于我们几乎没有床位可以提供给亚急性期的病人们。你也知道，这些病人的身体条件可以离开急症病房，但是依旧不适合出院回家。他们需要继续静脉注射抗生素、接受伤口护理，或者仅仅是需要时间从重症监护室里恢复过来。然而，负责效用评估的经理们却想方设法让这些病人尽快出院，即使我们并没有为这些患者找好出院后的去处。同时，医院还在不断向我们输送情况最危急的患者，他们周身插满了各种管子。”

说到这里，丹医生停了下来，并走出了办公室。我跟在他身后。他沿着走廊漫步，看着一个一个金属架子。这些架子上现在空空如也，两年前就是他禁止在其上摆放绿植。接着，他走进了护士站，从资料柜上

取下钥匙串，然后穿过病房走到了日光浴室。丹医生用钥匙打开了那里的一扇门，之前我从未注意过它。这是个狭窄的房间，仅有不到两米宽，房间里靠墙摆放着一张不锈钢桌台，尽头是一扇布满灰尘的窗户。

丹医生的脸上露出了笑容。

“这个房间是做什么用的？”我问道。

“这里最初的用途，我也不太清楚，但是我在这里种花和其他植物。这里简直是个绝佳的地方，有些植物长势不好，我就把它们摆放在这里，然后给它们喷点水。待花草长成，我就在这里将它们做成花束，送到病房去。看现在的情况，我今天得出去一趟，弄点新鲜的花草植物。”

丹医生言出必行。整个下午，他将所负责的病人交给我，自己则下山推车去了他最爱的那家花店。

那天下班前，我看见丹医生的那件阿玛尼外套还挂在办公室里。于是，我又去了一趟早上他带我参观的那个小房间。那里门窗大开，已经被打扫干净。不锈钢桌上摆满了盆装绿植，水池中则放着成把的鸢尾、玫瑰、非洲菊和其他各种各样的绿色植物。一旁的丹医生腰间围着围裙，手拿剪刀，正在修剪花草并试图将它们装进只有他知道从哪里找来的一大堆花瓶中。

*

第二天早上我来的时候，金属支架上又重新摆满了植物，日光浴室和病房里也放上了花束。但是医生办公室和护士站里还是空空的，放病情记录的架子不见了，休息室的门也紧闭。我突然想到，今天是周三，病情讨论会应该已经开始了。

不过，我正需要一个患者的记录，所以我敲了敲休息室的门然后走

了进去。一进去我便注意到了丹医生，他正懒洋洋地躺在一张躺椅上休息。他的腿伸向前方，几张记录摊在腿上。丹医生在翻看这些记录，浏览着上面的内容，和其他医生讨论病人们何时适合出院，又该用什么药物进行治疗。听了一会儿，我才发现丹医生正在研究的是我负责的一位患者。

于是，我忍不住打断了他："您在干什么？"

丹医生并没有抬头看我，只是回答："我在讨论伊克斯先生的病情。"

"伊克斯先生是我的病人。"

"我知道，可你刚才不在。"

"那你为什么不从自己的病人开始讨论？你对伊克斯先生的病情一无所知。"

"你刚才不在。"此时的房间里安静极了。丹医生这时才将目光从表格上移开，抬起头看我。我们就这么互相瞪着彼此，丹医生眯着眼睛，露出灰绿色的目光。我第一次见他这样冷峻的眼神。接着，他又看回病情记录，继续向其他医生陈述伊克斯先生的病情。我随后就离开了。

大约一小时之后，他来到了我的办公室。不过丹医生并没有坐下。

"只要你知道我本人在院里，就请你不要越俎代庖陈述我的患者的病情。"我告诉他。

"如果你不在场，我就会代你做陈述。如果你冲我大声吼，我想我们没办法合作。"丹医生也毫不客气地反驳我。

我抬起头看他，看着他拉长的脸和细长的眼睛。他就这样干巴巴地

表达出自己的意志，丝毫不容他人争辩。我深深地吸了一口气，然后慢慢地呼了出去。此刻，我意识到与丹医生共事和与张医生、芬特医生和杰弗斯医生一起合作简直是天差地别。

*

在深池医院的所有医生中，丹医生应该是少数几个，甚至可以说是唯一一个野心勃勃地要在医疗界干出名堂的。要知道深池医院只是一家非主流的古老疗养院，来到这里的医生但凡有雄心壮志，也是希望在自然科学、冲浪运动（因为深池医院在海边）和历史领域大展拳脚，并没有人在医疗方向有什么大志向。只有丹医生与众不同。然而他对医疗的野心也十分有限，他只是想成为医务部主任。

丹医生来自纽约州北部偏僻的农场，所以，即便在乡村长大的孩子日后可以走进大城市，他也无法抹去身上的那股子乡土气息。丹医生就是个很好的例子。即便他衣着考究，可日常安排和待人接物的视角却仍像是身在农场。

丹医生每天日出而作，乘坐有轨电车到达医院所在的山脚下，然后步行上山。每天晚上，丹医生也很晚才下班，依旧步行下山，然后乘坐电车回家。他不抽烟、不喝酒，也没有什么交际，冬天的夜晚，他总是在家温习医院的报告，然后很早就休息。即便是休息日，丹医生也会照常来到医院，甩开两条长腿在病房里巡视，看看其他医生的病历记录，再跟护士们聊聊天。又或者，他会徒步很久，横穿整座城市，跨过大桥然后去到几里外的乡村。如此寡淡的生活，丹医生却一点都不让人觉得闷。他能说会道，眼观六路耳听八方，对于小道消息和谣传尤为敏锐。丹医生的消遣就是嘲讽他人，而他嘲讽的对象包括医生、患者和医院管理人员，不过总的来说，护士们倒是幸免于此。

丹医生家族里出了很多护士，或许他自己也本该成为一名护士，但是作为家里唯一的男孩，他最后上了医学院。不过他给我讲述的故事都

是关于在周日去他母亲——护士长斯坦尼斯洛斯——工作的医院参观的童年记忆。在丹医生的口中，母亲的白大褂和白帽子、严谨的工作排班以及同事之间互助的情感都是那么感人至深。尽管我从未见过丹医生的母亲，但在我的脑海中，她的形象就如同莱斯特小姐的姐妹，身上颇有原来巴黎主宫医院里那些严厉的修女的遗风。而且自从莱斯特小姐走后，丹医生是最接近那位护士长的人了。

丹医生非常喜欢护士和护理之道（Way of Nursing），尽管他并没有实际从事过多少护理的工作。这一点与巴特医生不同。在成为一名医生之前，巴特医生曾经是一名护士，她亲自为患者们整理过枕头，帮助他们通过导管饮水。相比之下，丹医生从来没有在患者的床边小坐，也不曾与他们握手，甚至不曾像护士那样碰触患者。不过嘛，莱斯特小姐也没这么干过。

此外，他用护士的视角对待其他医生同仁。诸如，他像护士一样对于医生专注于例如血压、脉搏、患者血液中稍微升高的铜元素含量或者某个红细胞的异常形态这些细节的行为表示不耐烦。不仅如此，在丹医生看来，药物的作用是被过分鼓吹了的。医学的历史值得怀疑，体检有时也是故弄玄虚，并非必要。

一段时间后，我意识到丹医生的确与众不同，与我们格格不入。如果说我们是风，那他就是飓风。俗话说得好，种下的是风，收获的却是飓风。(注)那么丹医生的“收获”又是什么呢？

霎时间，丹医生的身影出现在医院的各个角落。他总是雷厉风行又自信满满，但是也常表现出草率、懈怠和急躁。他总是在清早查看病人，一边写病情记录一边听护士们报告。从不到八点开始，丹医生就坐在办公桌边，进入医务部副主任的角色。

就这样，在深池医院这些年，我第一次了解到了医院的“政坛”，看到了他们的会议、密谋、诽谤中伤和盲目无能。每天，当我忙于为病人

看诊的时候，不断有人来到办公室，大吐各种怨言和质疑。丹医生一般会听一两分钟，然后给他们开方抓药。对于人们所反映的情况，丹医生既不会仔细思考，也不会深入调查，但总能用非黑即白的二分法帮人们解决难题。

在担任行政职务的同时，丹医生也没有放弃收治病房的医师职务。他在抽屉里放了许多耳机和移动电视，我们总能看到他给病人们戴上耳机，让他们看电视节目。每周三下午，他都会离开医院去买花，然后在早上做好新鲜的花束。他给病人们的电视房和日光浴室购置了新家具，还重新粉刷了休息室。在家具式样和粉刷涂料的选择上，丹医生可费了一番工夫。他先是在休息室里花了很长时间，接着是电视房和日光浴室，这样煞费苦心只为让三个房间的配色互相协调。

他比我还热爱深池医院，并且比我更了解这里。是丹医生带我去看了角楼里牧师的小屋子，看了那里沉重的木门和围着栅栏的窗棂；圣诞节的时候，也是丹医生为收治病房的每位工作人员，包括我们温和的清洁工罗斯，准备一人一百美元的礼品券和节日祝福卡片；他从来没有请过病假，对待工作永远那么投入和专注。

我们的确花了一段时间熟悉彼此，之后的工作中，我们便开始取长补短，互相配合。他在我休假的时候替我照顾病人，我则在他忙于行政事务的时候帮他顶班。渐渐地，丹医生开始肯定我做事的方式，认为那才是更加有效和有益的方式。在我们合力治疗贾妮思·吉尔罗伊的过程中，他改变了以往对医学之道的价值的看法。

虽然不是全盘改变吧。

*

丹医生并非首个治疗贾妮思·吉尔罗伊的医生。

年逾五十的贾妮思在深池医院进出数次。她是入院的坏女孩中的异类，[注]现代医学将她从致命的并发症中救了回来，不过由于她还没有踏入死亡国度，她的身体仍然饱受病魔的折磨。以往，深池医院也总有几个这样的病例，但是现在，随着医学日渐昌明，如贾妮思一样的患者越来越多。不断发展的医学将患者们从死亡的边缘一一挽救回来，但只是让他们距离悬崖稍微远了一点。

贾妮思是一个瘾君子，她会吸食各种毒品，特别是可卡因、大麻、海洛因。此外，她还酗酒。其中，可卡因对人体的危害尤为严重，而且贾妮思还患有高血压、肾病和循环系统疾病。因为长期吸食大麻，她的记忆力特别差。海洛因让她的肝脏情况很不好，酒精则损害了她的心脏功能。这只是她的基本病情。

但特别要说的是，她的右脑曾经中过风。相对于左脑脑卒中而言，右脑脑卒中既是好事也是坏事。说这好事是因为，右脑脑卒中不会伤害左脑控制的语言功能。此外，由于左右脑控制身体对侧，所以右脑脑卒中并不会致使右边身体瘫痪。对于大多数惯用右边身体的人来说，这样的结果不会让脑卒中后的生活太过于不便。

然而，右脑脑卒中也会比左脑脑卒中导致更加严重的后果。右脑中有一块特殊的区域，我们尚未对它进行定义和命名。这一块区域控制着人们的欢乐情绪，因此，右脑脑卒中的患者相对来说更容易产生抑郁情绪。因此，除了左半边身体因脑卒中而瘫痪之外，贾妮思所面临的另一问题就是情绪沮丧。正因如此，一旦贾妮思能够获得毒品，她就不顾一切地吸食它们，作为缓解抑郁的“良药”。这些毒品会破坏她所服用的药物在对病情的战斗中争取来的微妙的平衡局面，最后让贾妮思又重新回到了深池医院。

不住院的时候，贾妮思就和女儿一起住。然而，贾妮思的女儿对母亲正面临的困境并不十分理解，也就没能让她远离毒品。于是，贾妮思

每次在深池医院得到治疗后病情都能得到控制，然后她的女儿就会将她接回家。在家里，她根本不遵医嘱，甚至有时跟医嘱对着干，让贾妮思尽情吃喝、毫无顾忌。这么做的后果则是贾妮思重返重症监护室，又回到我们这里。我之前就曾接诊过她。

不过这次收治她的是丹医生，他做得很好。他严厉地责备了贾妮思的女儿（我只能用这种说法来描述这件事）。于是，贾妮思的女儿就很少再露面了。在这样的情况下，贾妮思·吉尔罗伊再也没法接触到毒品，也不会再吃那些会使她的免疫系统紊乱的食物了。在丹医生的监护下，她的女儿也没有办法将贾妮思偷偷接出医院，尽管这样做的动机可能是出于世界上最美好的情感。就这样，贾妮思的病情有了好转，她的心脏、肝脏和肾脏功能都有了一点点的改善。

直到今天下午，丹医生告诉我，她的情况恶化了。实际上，这种变化从三天前就开始发生了。早上查房时，丹医生听到贾妮思的声音有些异样，她不时发出痛苦的呻吟，并伴有意识模糊和疼痛的症状。于是，丹医生为她采取了止痛治疗。但是，第二天贾妮思的病情更加严重，她变得焦虑不安且继续抱怨疼痛。丹医生给她加大了止痛药的剂量，并辅助以镇静类药物。

“你收治贾妮思入院时，有没有给她进行体检？”我问丹医生。

丹医生的回答是，只做了一部分检查。他为贾妮思做了血液检查和尿检，从中并未发现任何感染和服用毒品的迹象。在此之后，丹医生又让精神科医生来为她做检查，因为他认为贾妮思某些精神状态的改变是由精神病导致的。精神科医生检查完后，加大了抗精神疾病药物的剂量。可是，贾妮思的情况还是没有出现任何好转的迹象。相反，她变得更加焦虑、不安和意识模糊。丹医生说他还得参加一个会议，问我是否可以看看贾妮思，试着去搞清楚她的病因到底是什么。

好嘛！

根据丹医生的描述找出患者精神状态改变的原因本就十分困难，更何况是贾妮思这样情况严重的病人。可能导致这一切表现的原因有很多，我需要给她做脑部和骨骼的扫描成像、脊椎穿刺，或许还要做活组织切片检查，甚至在这一系列检查过后，她病情的复杂程度毫无疑问仍需要她去县医院里住上更长的一段时间。但是贾妮思来之前，我有个病人叫史蒂芬·哈珀，从史蒂芬的病例中我明白了亲自观察病人胜过千言万语，于是，我没有在给她做检查之前先去看贾妮思的病历记录，也没有从她的家人和护士那里了解情况，而是先直接去看望贾妮思本人。

护士们将贾妮思从开放病房转入了一间单人病房，这说明贾妮思的情绪非常不稳定。进入病房时，我发现护士们将里面的灯都关上了，她们还将病房的窗帘拉上，把一台大电扇开到最大，让它呼呼地吹着风。尽管房间里阴凉又安静，我还是看见贾妮思赤身裸体地躺在床单上。她非常烦躁不安，抖动着、辗转反侧，并不停地扯着床单。我看见汗水从她身上淌下来。接下来，我试着跟她说话，可贾妮思的双眼紧闭，并不回应我的问题。当我伸出手试图给她做检查的刹那，贾妮思开始尖叫。看来，使用平时常用的问询方式、听诊器和反射锤，是没法给她做检查了。这也让我产生了一个疑问，护士们究竟是如何给她量血压，以及测脉搏和体温的。

韩太太自杀之后，康利先生在看护的问题上更灵活了一点。于是，医院给贾妮思配备了一名看护，这名看护正坐在床尾处的椅子上看杂志。但我想自己照顾贾妮思一会儿，于是我让看护先出去休息一下。她离开之后，我将椅子拉到床边坐了下来。

我着实坐了很久。

通常，医院里的温度还是挺高的。但是贾妮思的病房里关着灯、拉着窗帘，加上大电扇呼呼地吹着风，让人感觉很凉爽。然而，这只是我一开始的感受。随着时间流过，我看着贾妮思在病床上翻来覆去，脑袋不停地摆动，将一切触碰到她皮肤的东西都扔开，我也开始感觉到有些

燥热不安，似乎有一种冲动想要冲破皮肤的束缚。这种感觉就像是体内有什么毒素，想要逃离身体。这一刻我明白了，贾妮思所表现出的是一种中毒的症状，她体内的有毒物质想要破茧而出。

贾妮思可不可能是中毒了呢？我思忖着。

故意投毒看上去不太可能，深池医院一波三折的历史上从来没有出现过投毒犯。如果贾妮思的表现真的是中毒的症状，那么应该是她体内某种情况导致的。这可能是潜藏在体内的感染，可能是她之前所服用的致幻剂残存，又或者是服用药物导致的不良反应。在这些可能性中，药物不良反应是最可能的。

于是我离开病房，去找贾妮思的病历表，因为现在是时候弄清楚她的治疗经过了。拿到病历表，我再次回到贾妮思的病房坐了下来，开始检查她所接受的一切治疗。

我从病历上看出，丹医生并没有增加贾妮思的药物品种，[注]而只是将她已经在服用的药物剂量加大，这些药物包括止痛药、镇静剂、抗精神病药物和抗抑郁类药物。我越来越肯定，在这些药物中，一定有什么让贾妮思出现了中毒症状，让她身体灼热、烦躁不安、意识模糊。

突然，我找到了答案。

那就是5-羟色胺综合征（serotonin syndrome）。

我从未在实际工作中接触过此类病例，但我的确曾经阅读过关于这种病症的资料。5-羟色胺是大脑分泌的一种自然化学物质，贾妮思所服用的每种药物都会增加她体内的5-羟色胺含量。而将这些药物同时以越来越大的剂量服用下去，贾妮思脑内的5-羟色胺就有可能达到足以中毒的水平。这就会导致贾妮思出现她所表现出来的症状——烦躁、意识模糊和体温升高。我依旧坐在贾妮思床边思考着她的病情，而她呻吟着，

抓着已不存在的床单。

现在，我面临的问题是没有可以测量脑内5-羟色胺含量的检查方法，血液检查和X光都不能解决这个问题，唯一能够确认我的诊断的方法就是让贾妮思停止服药。然而，这样做也是十分冒险的。因为如果贾妮思的问题并非5-羟色胺综合征，比如说是一种罕见的脑卒中，一处感染，或者是某种我根本没有想过的病症，那么停药则会导致她更加不安，让病情更加恶化。但是，如果贾妮思真的得了5-羟色胺综合征，那么我必须立即给她停药，因为这种病症是致命的。

此时，我对自己的判断已经十分肯定了。于是，我把我的这些想法告诉了丹医生，他也同意了。我将贾妮思的镇静剂、抗精神疾病药物、抗抑郁药物和止痛剂的剂量都减少了一点点。几个小时后，贾妮思就开始好转。于是我完全停掉了她所有的药物，贾妮思变得清醒且意识清晰。后来，她甚至好转到可以回家与女儿同住一段时间。

*

与我在深池医院的种种经历一样，和贾妮思一同待在那间阴凉的病房，看着她痛苦不堪地辗转反侧的几个小时，改变了我，这段经历也一直陪伴着我。对于这段经历，我沉思良久。我对贾妮思所做的实在太少，甚至比为史蒂芬付出的还少。我并没有握着她的双手，看看她的眼睛，也没有完整地阅读过她的病历记录。除了在她身旁坐着之外，我几乎什么都没做。但是，这样的陪伴和观察是多么有效啊！我并没有将她转入急诊室，也没有做额外的检测、放射检查和活体组织切片，而仅仅是坐在她身旁，就弄清楚了症结所在。

我开始将这种静坐观察的检查方式用在其他患者的身上。

然而，我说的静坐并非简简单单地坐着，这其中的微妙之处很难言表。我的确是坐着，但并不是坐在那里干别的事，比如读书或者聊天。

我所说的静坐，与禅宗所讲的“入定”又不一样，因为后者是一种苦修，一种精神集中的放空。我定义的静坐，类似一种精神状态的构建，更像是我在瑞士等待火车时的感受。我对那段经历的印象尤为深刻。那时，我坐在站台的条凳上，口袋里是买好的火车票，心里知道火车会准时到达，我不用担心什么，也无须去做什么。火车站里的一切就在我的周围发生着，我观察着，但并不刻意。我对周围的一举一动都心知肚明，但精神并不集中于此。周围人来人往，熙熙攘攘，但这一切都与我无关。

这种感觉就是我所说的“静坐”。从贾妮思之后，我开始对所有的病人使用“静坐观察”。特别是当患者的病情陡然恶化，又或者护士和病人家属觉得哪里不太对劲的时候。我会把手机留在护士站里，关掉随身的呼叫器，拉一把椅子坐在患者身边。这通常不会花太长时间，也就五到十分钟。有时，患者想和我聊天，那么我们就聊上一会儿。有时候，我更愿意观察患者的面部、床单和柜子。但是大多数时候，我就那么坐着。就这么坐着，我渐渐就会理清病人的问题所在（如果真的有问题的话），并想出合理的应对方式。

我不敢保证贾妮思的事情发生之后，丹医生对我的印象多么深刻，但他看我的眼神的确与之前不同了。此后他一旦知道我在医院，就再也不会替我对我的病人做进行任何的病情陈述了。而且，当丹医生参加许多会议的时候，他也会将手上的病人交给我照顾。

*

丹医生没费什么工夫就将医院的行政事务打理得井井有条。

他与康利先生会面，回顾去年的预算，并为下一年做出有些冒险的预算。他研读钱伯斯诉讼的和解方案、州政府最新的一次调查和司法部所进行的一些调研情况。他和新成立的市场部门的同事见面，并开始参加卫生委员会的会议。此外，管理部门的会议和建筑师的会议他也从不缺席。

丹医生认为，他需要做很多决定，也有一个决定一定不能做。由于钱伯斯诉讼案的影响，深池医院不得不将所容纳患者的数量从1030人减至780人。然而，康利先生筹谋的用好几年来实施减员的计划是毫无意义的。减员必须在新医院落成之前完成。因此，唯一能完成这一任务的方法就是停止接收病人。丹医生的确费了一番工夫，但是他最终说服康利先生从明年初开始停止接受新的病人。深池医院中唯一能继续接受新患者的部门只有康复病房、临终关怀病房和艾滋病病房。

接下来，丹医生开始部署计划。医院必须提前告知每位患者他们此后的去处，于是新医院的组织机构必须提前筹划完毕，包括新的医院大楼哪一层安置男患者，哪一层住女病人，把第几层留出来给临终关怀的病人、艾滋病人和痴呆症患者。然而，要安排得妥帖，丹医生必须了解每位病人的残疾状况和病情，以及他们的年龄、性别和性取向（这里毕竟是旧金山(注)）。丹医生并没有成立一个小委员会去完成这些任务，也没有咨询管理层或者护理部对于这件事的看法。他的处理方式是将所要了解的问题都总结在一张表格上，然后打印了1030份。接下来，丹医生亲自拿着这些表格去了每间病房，然后为每位病人填好了所有的表格。

在一个事情不多的午后，丹医生在办公室里将这一切告诉了我。他竟然为全院的每一位患者做了检查？

不，丹医生当然没有这么做，这是不可能的。他只是从患者们的病历记录表上了解到了他所需要的所有信息。

就这样，丹医生仅用了几周时间就安排好了新住院大楼里每一层的用途，并为每一位患者指定了一张病床。

接下来，他要解决的问题是克拉伦登大厅。这个大厅将在来年被拆除，为新的医院大楼腾地方。于是，现在住在这里的180名患者必须尽快被转移到旧的住院大楼内。倘若丹医生坚持根据诊断将患同种疾病的病人安置在一起的护理原则，那么这次转移应该是无法完成的。可是这

次他并没有坚持。一旦旧的住院大楼内有床位空出来，他立马就将克拉伦登大厅里的某位患者转移过去，全然不考虑这些患者的病情诊断、残疾程度、所患疾病以及患者性别。很快，男病人和女病人，尚能行动的老年患者和痴呆症病人，吸食毒品的精神病患者和发育性残疾的病人都在同一间病房里“肩并肩”躺着了。这么做并非最佳选择，但是无论如何，从某种程度上讲，这么做无疑是最高效快捷的。眼看丹医生就能关闭克拉伦登大厅了。

最后，他所面临的一个问题就是预算了。

毫无疑问，预算是每年老生常谈的问题。但随着现在患者的数量日益减少，在来年的预算中，医院真的要做出一些削减开支的举措了。理论上说，患者减少了三分之一，意味着随之减少同样比例的工作人员。可是，在实际操作层面，患者减少了三分之一并不意味着质量保证团队（Quality Assurance Team）、市场团队和医院管理部门的工作量都相应减少。[注]此外，随着即将到来的各种变化，加之司法部的要求和钱伯斯诉讼的和解协议，深池医院非临床工作人员的数量只会不断增加。斯坦恩医生已经额外拨给了康利先生一千万美元，以招募更多行政人员。[注]然而，真正在照顾病人的临床医护人员数量却要减少，康利先生委派丹医生来将医护人员的数量裁掉三分之一。

丹医生并不愿意这么做。他将预算计划来来回回看了好几次，相比医院一亿七千万美元的总预算来说，医护人员方面的开支仅有两百五十万美元。[注]这一部分简直减无可减，如果硬要削减，丹医生也只能找出极少几处。最终，丹医生想到了解决办法。如果上白班的医生可以将一部分白天的工作时间安排到晚上和周末的话，那么他就可以解雇夜班和周末班的医生了。由此一来，三分之一的人员削减额度就实现了。诚然，很多夜班医生已经在这里工作了数十年，而且白班医生在白天照顾病人之后很难在晚上再回来继续照顾那么多病人。但总的来说，这么做总比裁掉常规的白班工作人员要容易，而且丹医生自己也要承担相当一

部分夜班。

丹医生在接下来的一次医护人员工作会议上告诉我们，我们可以应付的来。此外，直到明年的上半年，目前的排班表还是会维持不变，直到明年下半年新的预算周期开始为止。

除此之外，丹医生也的确带来了一条好消息，司法部终于接受了钱伯斯诉讼的和解协议，并且即将停止为期十年的调查。不过，他们最后还提出了两点额外的要求。注第一，市政府要承诺，今后不能用深池医院来安置无家可归者，即便后者需要医院的护理。对此，市政府应该尽己所能为无家可归者在社区生活提供便利，这包括但不限于为他们解决住宿，提供医疗、社区中心服务、外展医疗队等等。第二，市政府答应采纳健康管理联合公司的建议。丹医生补充说，这一点跟我们大家都息息相关。

在场的每一个人听到后都一脸困惑。

丹医生说，好吧，或许我们中间只有他自己看过这份建议。数年前，斯坦恩医生聘用了健康管理联合公司，他们最初的一份报告中就包含了很多条建议。尽管我们不太清楚司法部究竟指的是这些建议中的哪一条，但是丹医生认为他们说的很可能是将深池医院和精神健康康复中心合并，待新医院落成后，再将县医院和深池医院合并，以形成“医疗护理连续性”。

然后呢？

这意味着我们将不再是一间独立的医疗机构，丹医生解释道。合并之后，斯坦恩医生将同时负责深池医院和县医院，而且我们如果想继续在这里从事医疗工作，则必须向他提出申请。

会议室里的人们听到这里不禁打了个寒战，因为目前的医生中，斯

坦恩医生看不顺眼的实在挺多。

*

这里即将发生巨变，有真实发生的，也有可能发生的。幸运的是，距离我上次朝圣又过了一年。所以，我和罗莎琳德又该收拾好行囊，去完成前往德孔波斯特拉的朝圣了。

这最后一阶段朝圣的道路从西班牙北部的一处高原开始，我们花了十天的时间穿越这一片小台地。这段路程不论是从身体体验还是从心理感受上来讲，都十分具有挑战性。通常，在朝圣文学中，穿越这样的高地都隐喻着人生中不顺遂的光阴，也就是那些苦其心志、劳其筋骨、空乏其身的岁月。我和罗莎琳德读过记录这样的朝圣路途的文字，对其中的艰辛早已了然于心，也做好了充足的准备。

然而问题是，这片高原实在过于沉闷，漫长的旅途干燥、炽热、尘土飞扬。沿路遇到的村民也不甚友好，教堂大门紧闭。而且，同行的朝圣者们也让我们失望至极，他们不像我们前三年遇到的那些朝圣者一样虔诚、庄严，也没有一路欢歌同行。他们是一群社交动物，穿过高地一路前行就是为了赶紧到达当天的终点然后去畅饮庆祝。更有甚者，在小高地上就放弃了朝圣，转而乘坐出租车前往下一个地点。

几天之后，我开始质疑自己。我究竟为什么要以这种中世纪的方式徒步穿越法国和西班牙？这一路上我有诸多不适，心情也不甚愉悦，也未得到心灵上的触动。这样一想，为什么不像其他人一样乘坐出租车呢？我们一样能到达德孔波斯特拉，也能得到我们心中的德孔波斯特拉。原来罗莎琳德和我有一样的想法，于是我们决定好好谈谈这件事。最后，我们达成了以下的共识：我们不愿意错过这一路上的任何风景。你永远不会知道将会发生什么事，或许，徒步穿越小高原都是我们生命中必经的路途，而乘坐出租车也许会让我们错过一些东西。

事实证明，我的确在这段劳苦的路途中得到了特别的收获，我对炎热的气候适应能力越来越强，而且体魄也变得强健。此外，我的决心也越来越坚定，一个目标在我的心中确定：无论发生什么，我一定会徒步走到德孔波斯特拉。就在我下定决心，消除自我怀疑，也不再每时每刻去想沮丧消沉的事情的同时，我有了一些发现。我发现在这条路途表层的事物、事件或者所有的聚会派对之下，可以发现宁静的所在。即便周身的环境十分嘈杂，其下总潜藏着一种宁静，而这种宁静是坚实存在而又总是触手可及的，它让我觉得可以依靠，在需要或者紧急的时候随时回归它的怀抱。这就是朝圣的宁静，高原之路不虚此行。

终于在九天穿越尘土的旅途之后，我们看到了眼前凉爽的山峰。我们终于到达了大山，在穿越大山后，我们来到了另一片乡村，这片乡村仅能通过步行到达。

我们抵达德孔波斯特拉的那天正在下雨。城市的外围郊区看起来十分现代化，但当我们穿过一座桥后，眼前呈现的便是一片中世纪的风景。一路上，我们越过了一个面带微笑的大胡子朝圣者和他同样微笑着的狗。他和我们一样，也是一路走到这里的。随后，我们穿过一扇拱形石门，便听到了西班牙北部加利西亚风的风笛演奏。接着，眼前的路途将我们引向一个鹅卵石铺就的广场，广场上矗立着建于12世纪的圣詹姆斯大教堂。

接下来，我们完成了每一位朝圣者都要做的事。

我们触摸圣詹姆斯的大理石塑像的脚。在圣坛后，我们将双臂穿过两个孔洞，拥抱那座13世纪的、身上披金佩珠的圣地亚哥塑像。接着，我们出席了朝圣者的弥撒，看到了著名的悬挂香炉（Botafumero fall）。我们来到主教办公室，那里有人检查了我们朝圣沿路所获得的证明，并给我们颁发了德孔波斯特拉证书——一份用拉丁文写就的卷轴，上面赦免了我们的原罪。随后，我们又去参加了教堂的守夜仪式。

我从朝圣指南上得知，每逢周六，教堂晚上有专为朝圣者准备的特殊守夜仪式，开始时间为晚上十点。这个时间对朝圣者来说有些晚，而且当天晚上还下着雨。虽然我们的酒店温暖舒适，不过我们还是出门了。在教堂门口，我们并没看到任何人，然而当我们围绕着教堂转圈时，便发现了一群面朝教堂南门、站在雨中的朝圣者。几分钟后，这扇门开了，走出了一位身形矮小的修士，他叫我们进去。

让我们进去吗？

我们都满怀疑惑，四处张望。

修士点了点头。

于是一群朝圣者跟在修士的身后走进了教堂。里面除了我们之外没有其他人。他带领我们穿过另一扇边门，来到了一处昏暗的回廊。这里，几块石头上架着一个炭火盆，修士示意我们围绕着火盆坐下。接着，他递给我们一些黑色的卡片，并告知这些代表着我们想要摆脱的原罪。之后他将点燃火盆，我们要绕着它转圈，然后可以用任意一种语言把我们扔进火盆的原罪讲述出来。

我不禁问自己，喜欢担忧是一种原罪吗？我的确想摆脱这样的毛病，于是我断定，担心忧虑就是原罪。对未来劳苦犯愁，在某种程度上意味着对上帝的不虔敬。从我在朝圣路上的亲身经历就可以看出，许多我担忧数天的事情，最后的结局实在好得出人意料。相反，有些我期许很高的事情，最终却糟糕得一塌糊涂。尽管不甚确定担忧是不是原罪的一种，我仍然将它扔进了火盆。

*

尽管我们前往圣地亚哥-德孔波斯特拉的朝圣之路已到终点，但我们的朝圣还未结束，因为我们还有一个想要前往的地方，那就是西班牙

的一处海岬——菲尼斯特雷（Finisterre）。那里被称为陆地的尽头，更是中世纪的天涯海角。因为，从中世纪人们的视角来看，这里是欧洲大陆上可以抵达的最西端。到达菲尼斯特雷之后，在踏上中国和印度的领土之前，中世纪的欧洲人就再未踏上一片土地了。我想要看看那里，于是我们再次踏上旅途。

我们花了三天时间走到那里。尽管这一路并不孤独，但是路途的确比之前僻静好多。没有其他朝圣者与我们同行，一路上也不见任何城镇和村庄，我们穿行的森林也在当年夏季的山火中被焚毁。许多土地都被熏黑，散发着刺激性的气味。随处可见被熏黑的树干。

在还没见到大海之前，我们就嗅到了它潮湿咸腥的气息。雾气向我们席卷而来，但在我们登上山脊后就逐渐消散。于是，大海在我们眼前清晰地铺陈开来，泛着粼粼波光的蔚蓝，一直伸向无边处。周围没有任何现代社会的影子，只有一个小渔村和一艘渔船在海岸线边浮荡。我们爬下山，去海边捡起了贝壳。就这样，我们慢慢接近了菲尼斯特雷的最尖端。那里竖立着一根杆子，其他朝圣者把自己的手杖留在杆子边，我们也留下了自己的。

接着，我们决定到海边坐一会儿。

我们对这最后一段朝圣之路很满意，我们完成了旅途。我们到达了中世纪世界的边缘。从这里向前，我们再也无路可走。我极目远望所及之处，尽是海洋的蔚蓝。这片蔚蓝还在我不可见处继续延伸，到达另一片中世纪时人们完全未知的大陆。当中世纪的人们坐在我现在的位置，看着这片海的时候，他们一定在幻想着中国的样子和那里盛产的丝绸，还有印度和它的香料。中世纪的人们把这里称作天涯海角，是因为在他们眼中，世上只有一片土地，一头是欧洲，而另一头是亚洲。那时，他们已经深谙地球是圆的，只要水手有足够的勇气乘风破浪驶出海岸的怀抱，那么他最终一定会到达陆地的另一头，到达亚洲。

那时的他们，对那边还有一整块大陆全然没有概念。那是一块与他们已知的世界同样广袤的土地，新世界就矗立在那里，但是那里却不是他们的家园。

我在想，当告诉中世纪人一个他们完全没有想象过的、此前从未被人发现的新世界上的图景时，他们会做何反应。我想，这样的心境是我们现代人与他们最大的差异。朝圣路上，横亘在我们和中世纪体验之间的一切事物，比如飞机、电灯和移动电话，可能都不会让他们有太大的惊诧，因为这些东西早已存在于他们的想象之中——飞毯、神奇之光和看不见来源的声音，他们时代的魔法师都可以做到这些。相比这些，一个新世界对他们来说，才是完全不可想象且从未想象过的。我知道那个新大陆就在那里，也因为知道这一点而无法想象它不在那里的样子，也无法想象他们发现那里时的景象。这让我不禁遐想，我们的未来会有什么样的一个未曾被人设想过的，也完全无法想象的、完全出人意料的新世界呢？

*

当实现了自己的朝圣誓言返回医院的时候，我整个人都觉得有些无忧无虑了。这种感觉或许是由于长久的步行锻炼，或许是目睹了诸多否极泰来、由喜转悲的事情，又或许是因为在德孔波斯特拉的教堂里烧掉了代表着我那“忧虑”的原罪的黑色卡片。无论原因为何，我都备感轻松。因缘际会，只要时机一到，注定发生的事情就一定会发生。这是一种很不错的感悟，因为深池医院中那些势不可挡而又触手可及的改变正开始发生。

丹医生彻底停止了新患者的收治。没了新患者，收治病房也变得多余，于是丹医生关停了收治病房。他自己搬进了之前梅洁医生的办公室，将我安置在楼下的医生办公室。至于拉里萨和其他护士，则被丹医生安排去了其他病房。我不在的时候，丹医生已经帮我打好了包。他把我的论文、书籍和索引卡以及麦考依夫人送给我的植物都装好准备搬

家。他把麦考依夫人送的植物拿进了他那间培育植物的房间，给它修剪枝叶，浇水灌溉。不过等我返回医院的时候，它已经死了。

这株植物的死似乎具有象征性的意义，因为丹医生关闭收治病房不是一时之举，而是永久性的关闭。他也不打算在新建成的院舍里再设置收治病房，这样效率太低。在新医院中，患者们会被直接安置在符合自己病情的病房中。该病房的医生会直接收治自己的病人，所以他们可以从一开始就熟悉自己负责的患者。理论上是这样的，但实际上，在专门的病房中收治病人反而会增加医生的压力，因为他们在日常工作之外还要应付陆续进来的新患者。此外，这些病房也并不能收治那些实际病情比病历上记载的更加严重的患者，他们需要立即被送回急症医院。这样的情况一般是诊断有误或者用药不当造成的。由此可见，收治病房就像一种投资，它的回报在于对每位患者做出正确的诊断、暂停此前的药物治疗和减少整间医院的工作压力。

此外，收治病房还代表着医术在医院里所扮演的角色。对此，柯蒂斯医生称它为“医院的大脑”，因为一旦对于患者病情有任何的问题，只需问问收治病房里的医生。收治病房里的医生是那些可以对患者情况、放射片结果和化验数据提出独立意见的人，他们也可以帮助专科医生们安慰难缠的患者家属和澄清一项令人费解的诊断。取消了收治病房之后，我就不敢说医术在医院里是否还能占有核心地位了。

或许，丹医生与我有同样的感受。

现在我的工作是之前从未接触过的，医生称我为“万金油”，而在护士口中，我又肩负着“流动医生”的职责。我随身携带医院里的呼叫器，随时准备冲向发出蓝色警报的地方，一旦哪间病房有休病假或者外出度假的医生，我就会去那间病房做替补。

我十分享受这个新的职位。我又见到了那些许久之前收治的患者，并了解了他们目前的状况。我巡视了医院里的所有病房，了解到不管患

者表面看起来有多么相似，但他们的病情都具有自己的独特性。

在这个新岗位上，我完成了许多冒险。我诊断了一例假性假甲状旁腺功能减退症（pseudopseudohypoparathyroidism，PPHP）㊟。这种名字生僻且罕见的病症我当初在医学院学习的时候接触过，当时我发誓在之后的工作中一定要至少诊断出一次。我还探索了院舍中那较少有人去的一翼，足病学的医学生们依旧在那里居住，在那里拿到执业证书。他们沿袭百年来的传统，在医院工作以换取食宿。我发现了第十一号房间，但更重要的是，我遇到了谭明先生（Meng Tam），他身上所发生的事情，让我理解了复活的意义。

*

直到现在，即便谭明先生已经离世数年，他对于我来说依然是一个谜。就像《爱丽丝漫游仙境》里面展露神秘微笑的柴郡猫，谭明先生给我留下最深印象的，也无疑是他的微笑。

他的微笑十分温暖，尽管近期发作的脑卒中使得他的面庞有些歪斜。谭先生笑得很开，露出了全部牙齿（他的牙齿都还齐全）；他的笑容也饱含智慧，显现出眼角的纹路；谭先生的笑容略带羞涩，似孩子或是菩萨一般。在这样的笑容背后，是他一生的经历和自己选择的生活方式。即便时至今日，我仍不清楚那究竟是怎样的一种方式。

下面我要讲述的，就是我对谭明先生的了解。

他第一次被送到县医院是因为他刚把自己崭新的白色凯美瑞撞了个稀巴烂，然后被急救人员送过去的。县医院并没有收治他，可也就是那次，他结识了后来帮助自己的社工。她注意到了谭先生所住的地下室公寓条件有多么差，并且决定他必须得搬入一间有专人照顾的住处。社工很快帮谭先生找到了一间公寓，于是，谭先生在4月1号搬进了新家，而4月2号急救人员就发现他在雨中徘徊。

所以，他们再次将谭先生送到了县医院。在急诊室里，谭先生告诉医生他只是想回到自己以前的住处，因为他住不惯新的公寓，然后邻居就报了警。那医生认为谭先生看起来情况尚好，打算将他送回家里，但当他又询问了几个问题好安排他回家时，才发现谭明不知道自己的地址和电话号码，说不上负责自己的医生是谁，也不清楚家人住在哪里，只是告诉医生他们都在中国。医生们继续询问，发现问题远不止这么严重。谭先生不知道现在是几号、星期几、哪一年，也不知道自己现在身在何处。所以，县医院收治了谭先生以找出他痴呆的病因，同时也要弄清楚他还能否独自居住。

医生们安排他做一项全面的老年痴呆症病情检查和一切必须的血常规和X光放射检查。此外，精神科医生也来对他的病情做评估。血液检查的结果没有不妥，脑部放射检查显示出多次轻微脑卒中的痕迹。精神科医生对他做出了痴呆症的诊断，并认为他有患精神病的可能，原因是谭先生曾经告诉过他自己是一位文学教授，到美国来是为了攻读博士学位。精神科的检测表明，谭先生已经无法自理，于是，他被送到了深池医院。

这当然是在收治病房被关停之前的事了。我第一次遇见谭先生的时候，他正坐在病床边的椅子上，他满头灰白，神态镇静而骄傲。看起来，谭先生和他自称的大学教授很像。他往日冷漠和严峻的脸上绽放出了轻松的笑容，加上新长出的一束小胡子，谭先生看起来就像典型的中国先贤圣人。

即便如此，他的确是痴呆了。我问他现任州长是谁，谭先生回答“里根”；当被问到现任的总统叫什么名字的时候，谭先生的回答依然是“里根”。他花了很长时间来回答这种简单的问题，如果他还能回答出来的话。最糟糕的事发生在我让谭先生画一个钟的时候——这是一个很简单的用来检测精神状况的问题。我看着他先是费力地画了一个圈，然后在中间画出了圆心。接着，他从圆心开始往外划线，然后把每条线像

织网一样连了起来。这个奇怪的钟就是患有重症痴呆的迹象。

那么，是什么诱因导致了他的痴呆症状呢？看着他的眼睛，我发现了他身上有高血压症状，且从未曾得到治疗。这一点解释了为何他的脑部扫描会发现许多轻微脑卒中的痕迹，而且说明导致他目前状况的诱因之一是多发脑梗死性痴呆（multi-infarct dementia）。谭先生走路的时候拖着一只脚，且呈现出宽底式步态，这说明他还有其他的神经系统症状，可能是维生素B12缺乏，这种病症会导致痴呆症的发生。他迟钝的表情和迟缓的行动也显示出帕金森病、路易体痴呆或是抑郁症的可能。因此，最有可能的情况是多种因素导致了谭先生的痴呆症状，这其中有三分脑卒中、一分抑郁症、一分帕金森病、一分阿尔茨海默病，还有一分……别的什么原因。我总觉得还差一分其他的原因没有被发现，因为谭先生的痴呆症状发展得十分迅速。毕竟两个月前他的情况还不错，还能买车自己开，尽管把车撞上了墙吧。所以，谭先生对我来说成了个谜。

值得庆幸的是，谭先生现在住在深池医院，我有足够的时间去等待和观察，有时间等着来探望他的家人和朋友露面，并给我提供谭先生生活细节的信息。时间可以让我见证谭先生的病情变化，无论是变好变坏，抑或是维持现状。我可以尝试给他用药，来治疗潜在的抑郁症、阿尔茨海默病和帕金森病。简而言之，又到了慢疗法大显神通的时候。

我决定从逐渐减少所有谭先生并不真正需要的药物的剂量着手。接下来，我会给他服用抗抑郁药物、抗阿尔茨海默病药物和治疗帕金森病的药物。我将陆续使用这三种药物，以一一见证它们的疗效。

*

但是，我却没有这个机会了。谭先生入院后不久，克拉伦登大厅有床位空出来，他就转了过去。然而，一年半时间里，他陆续试验性地服用了治疗抑郁症、阿尔茨海默病和帕金森病的药物（各一种），情况却

并未好转，反而变得更加严重。他不再行走，也不开口说话，每天坐在床上，拒绝服药和血液检测。有时，他还会朝护士吐口水，也没有任何家人和朋友来探望他。

由于谭先生的痴呆症状太过严重，以至于一名公共监护人[注]被派来为他做出各种决定。这名女监护人应该有机会了解更多谭先生的情况。结果，我们发现谭先生之前对精神科医生所说的大多数都是真实的。他来美国的原因的确是攻读博士学位，后来，他也的确成了一名大学教授，一直到两年前，谭先生还在投资房地产和股票。因此可以看出来，他的痴呆症发展速度非常之快，但所幸在克拉伦登大厅住院的一年半中，他的病情并未有太大恶化。按理说，他的情况本应该比之前糟糕许多，甚至因此死亡。所以谭先生的情况仍然是个谜。

由于丹医生正在清空克拉伦登大厅，所以谭先生得搬回主楼，并由麦克医生接手。

我对麦克医生的印象很好。每次看到他我总会想起一部电视剧里面的医生形象，当然是个正面的角色[注]。麦克医生的头发是银灰色的，短发又粗又硬，面孔是经受太阳洗礼后的小麦色，一笑起来，蓝色眼睛的眼角细纹可以一直延伸到两腮。他总是拿着听诊器，身着白大褂、白衬衣，戴丝绸领带。麦克医生彬彬有礼，但经常语带机锋不饶人。总的来说，他经验丰富，是个好医生。接手谭先生后，他迅速发展的痴呆症状让麦克医生十分着急。因此，在亲自检查过谭先生后，麦克医生翻看了他之前的全部病历记录，然后开始仔细研究他在过去18个月住院期间所服用的各种药物。

正是由于这个原因，我再次见到了谭先生。

*

一天下午快下班的时候，我正在充当万金油。当时十分安静，我在

办公室阅读医学期刊。就在那时，呼叫器响了，我听到了麦克医生的声音。

“我手上有位患者快不行了，”他说，“这位患者拒绝心肺复苏[注]，但是你不用担心，并不需要你做什么。我会在他身边陪着他直到他去世为止，这也就是大概20分钟的事。他现在时不时会出现室性心动过速（ventricular tachycardia），只有间断的脉搏，而且没有血压。我觉得你可能对这样的患者感兴趣。”

其实，我并不知道麦克医生为何会认为我会对此感兴趣，或许他是看到了我写的关于临终病人护理的论文，又或许是他知道我总是喜欢探究一些之前没有见过的事物。可能，还有一些不为我知的原因，但这并不重要。我告诉麦克医生，我会立刻过去。

上楼梯的时候，我在心中默默回忆我对室性心动过速的了解。这一症状的名称来源于希腊语tachy cardia，是指“心脏以很快的速度跳动”，tachy指的是快，而cardia意为心脏。症状源自心室，这里是心脏的主动力来源。通常，这是一种濒死的心律症状。在正常的情况下，窦房结（sinus node）内的几百个细胞会保证我们的心脏以一种坚实而有规律的节奏跳动。包裹着这几百个细胞的是一种特殊的膜，钙和钠离子缓慢地从这层膜里渗出。这一渗出过程降低了细胞内部的电压，当电压下降至一定值时，细胞就会抽搐，包裹着它们的膜就会反向打开，让钙和钠离子回流至细胞内部。抽搐会让电流穿过心脏，而这一电流产生了心跳。

当胎儿长到40天时，这些细胞就会开始释放离子、抽搐和产生电流，而在我们生命的余下历程里，这样一连串的反应会以每秒大约一次的节奏进行下去，除非我们的身体出现了异常——比如心脏病、电解质失衡、药物中毒。当窦房结内的细胞停止抽搐，我们就会死亡，除非心脏内部的另外某处有另一组细胞取而代之。如果这组新的细胞在心室，

那么由此产生的心跳我们称之为“心室性心跳”（ventricular rhythm）。如果这样的心跳速度非常快，则会产生室性心动过速。

但室性心动过速并非一种节奏稳定的心跳。开始的时候，它节律非常快，无法使心脏正常运行；20分钟后，它就减弱成“室颤”（ventricular fi brillation，全名为心室纤维性颤动）。这是一种心肌的无规律摆动，并不会泵出血液。几分钟后，心跳就会彻底停止。

不过室性心动过速依然有治疗的方法。通常，只要简单的电击除颤和静脉注射特定药物就可以让心律恢复到正常水平。当然，麦克医生告诉过我这位患者是拒绝心肺复苏的，那么一旦他已经出现了心搏停止，就不能实施心肺复苏术。然而，这是不是意味着我们不能尝试用电击除颤或药物来让危及他生命的室性心动过速恢复正常呢？麦克是一位优秀的医生，更重要的是，他充满智慧。我在走进病房的时候就一直在想，他一定是出于某种原因，才邀请我一起见证这位患者的临终过程。

我到病房的时候不过刚刚入夜，护士站里很冷清，除了麦克医生之外别无他人。我坐在他身边，麦克医生把刚刚做完的心电图和纸带给我看。麦克医生向我解释说，谭先生是他新接手的患者，在过去的一个月中，他一直在减少谭先生的药量，因为许多药物他其实并不需要。他监测了谭先生的肝脏、双肺和心脏的功能，发现它们的情况都很好。所以，对于谭先生会出现濒死时才会出现的室性心动过速症状，麦克也感到十分费解。是由于他调整了谭先生所服用的药物吗？又或是谭先生所服用的许多药物中产生了罕见的相互作用？他在治疗的过程中有没有忽略了什么？

“可能性最大的诱因是心脏病，”我安慰着麦克，“毕竟谭先生年纪就在那里。”

接着，我在桌上展开了谭先生的心电图。我对他的心电图印象非常深刻，代表着室性心动过速的齿状线很明显。但他的室性心动过速看起

来很健康有力，心电图网格纸上显示出高挑的QRS波群[注]。但我知道，心电图的波形很快就会变得不那么乐观。甚至就在现在，谭先生心电图中的那些波峰的高度一定已经开始逐渐下降，他的心电图变得越来越平缓，周期越来越短，搏动越来越快，也越来越不规律，就好像生命力正在从这条折线中消逝一样。很快，谭先生的心电图线就会从山峦下降到丘陵然后逐渐变成平原一般的直线一条，他的生命也就宣告终结了。我看着这张心电图，想象着谭先生此时的脉搏应该是怎样的，它一定是积攒力量跳动几下，然后停止，继而又再次迸发，就像一辆没了油的汽车。有时，即便病人已经去世，我们仍能偶尔感受到他们脉搏的突然跳动，或是看到心电图纸带上出现小小的起伏。

护士站里很安静，是那种夜幕即将降临时独有的宁静，我也被这突如其来的宁静吸引而从心电图纸上抬起头。大家几乎都回家了，白班护士、助理护士、社工和效用评估经理现在几乎都走了。他们白天都在小小的护士站里栖身。跟他们一同消失的，还有鼎沸的人声、仪器的蜂鸣和呼叫器的声响。架子上陈列着病房里每位病人的病历表格，唯独谭先生的那个格子是空着的。他的病历表格正摊在我面前的桌上，应该再也不会被放回架子上了。此时，我的注意力再次回到了他的心电图上。我在想他是不是已经去世了，这时麦克医生问我，“你是否想看看谭先生？”

我的确想去看看，于是麦克和我再次回到病房，来到右手边的倒数第二张病床。谭先生就躺在那里，他的头被几个枕头支撑着，脸色灰黄，面无血色。他的眼帘半闭，眼珠被遮住，只露出眼白。他的嘴已经呈现出痉笑（risus sardonicus），那是一种肌肉紧张扭曲的表情，同样显示出死亡的气息。护士之前将床单盖至谭先生的颈部，并把周围的缝隙掖实。当我把单子掀开的时候，感受到了被临终时出的汗打湿的被子呈现出的湿冷。

我碰了碰谭先生的身体，它柔软、黏湿、冷得像冰，甚至比冰还要

冷。因为即便是冰块也会展示出生机——冰会融化，形状也会变化，受热之后会变暖，融化之后变成的水还会流动。但是遗体却是厚重而柔软的，那冰冷的地方本应该是温暖的，软弱无力的肌肉本该是富有弹力的。他就冷冰冰的、一动不动地躺在那。我把住他黏湿的手腕，也不再感受得到一丝跳动。

我抬头看了看站在病床另一侧的麦克医生，他身后站着值夜班的护士。在给其他病人发放药品的时候，护士一直看着这一幕，等着麦克医生一示意，就要用被单把谭先生的身体盖住，并通知太平间。就在这一刹那，我眼角的余光瞥到了谭先生身体的微动。

我看到的是他胸口的上下起伏。即便没有了血压和脉搏，谭先生仍然有呼吸，而且实际上这呼吸还非常均匀。当我重新观察谭先生的脸庞时，我发现即便他的眼睛半闭，只露出眼白部分，但他的眼睛好似感觉到了我的存在。我和麦克医生都密切地观察着他的胸腔，这微动到底会持续多久呢？

我想到了护士站里看到的谭先生心电图纸带上那一条室性心动过速的曲线。让出现室性心动过速的病人出现生命迹象很容易，只需要进行电击除颤，[注]这一过程所需要的只不过是一点点电罢了。而电击除颤后，患者的身体弹起又落下，接着心电图上会出现一条表示死亡的直线，但这条线只会持续几秒钟，接下来，窦性心律的曲线会突然出现。这条曲线的节律非常平稳，随着窦房细胞活动每秒出现一次。同时出现的还有相应的稳定脉搏、血压和体液循环。

然而，谭先生是一位不进行心肺复苏术的病人，也就是说他曾经嘱咐过在生命最危急的时刻，不要对他进行心肺复苏抢救。麦克医生对此的解读是，在谭先生出现心搏骤停的时候，不对他进行心脏电击除颤。于是，我站在床边，握着谭先生冰冷的手腕，看着他逐渐僵硬的脸庞，等待着他的呼吸停止。

在这个过程中，我发现谭先生对我来说一点也不陌生。他叫谭明，撞坏了自己崭新的丰田凯美瑞汽车，还声称自己是个教授，我们在收治病房里相识。我在想，他是如何做出拒绝心肺复苏的决定的。是当他在县医院医治无效的时候吗？我想应该不是。是在离开收治病房后的那几个月中吗？我不知道。谭先生的神志是否清醒到可以亲口做出这样的决定？难道是他的公共监护人替他做的决定？

要求或是同意了谭先生拒绝心肺复苏的是谁，他们在做出这个决定的时候是什么意思？他们所指的就是现在这个场合吗？我满脑袋都是疑问。

我的疑问并非无意义，因为谭先生病历表的“预先声明”（Advance Life Directive）一栏清楚地写着“不要心肺复苏”。而谭先生现在正生命垂危。他已经濒临死亡，这说起来很奇怪，就好像说一位女士快要怀孕了一样。事实上，如果受精卵开始分裂，的确可以说她快要怀孕。与此类似，现在的谭先生也就要死了。

或者其实并非如此？

谭先生现在的确没有脉搏，全身的血液循环也已经衰竭。随着时间的推移，他的体温也在持续下降。可是，他仍然稳定而平缓地呼吸着。

这时，麦克医生说：“你知道吗？我只要稍稍移动谭先生的腿，他就会出现心房纤维颤动（atrial fi brillation），然后他的脉搏就会继续跳动了。”

说着，麦克医生挪了挪谭明的腿，我的确在他冰冷的手腕处感受到了脉搏。他的脉搏不规则且微弱，但的确在跳动着。当麦克医生放下他的腿时，脉搏随即消失了，谭先生又重新进入了生命垂危的状态。

谭先生的腿被移动时，我除了发现他的脉搏，还看到他的眼帘睁开

了。他的眼珠转动，然后直勾勾地看着我。我也看向他，在那一刻，我们真的在四目相对。透过那双眼睛，我仿佛看到了谭先生的一切——不只他的脸庞，还有他眼睛里面的整个人。而他仿佛同样也从我的眼睛里看到了我的一切。

我们对视着，我心中想起了希尔德加德关于濒死的文字[注]："死亡就好像人的灵魂与生机一条腿站在此界，一条腿立于彼世，不知是去是留。"此时的谭先生给我的，恰好是这样的感觉。他在生死之间无法决断，犹豫踟蹰。我看着他温柔的目光，他的眼中几乎闪着微微的绿光，那目光逐渐变得清澈而安静，就像是雨后山中的浅塘。我知道了，他决定要留下来。我不能说我对谭先生点了点头，但我知道了他的决意，而他也知道我了解了他要活下来的决定。

但他是放弃了心肺复苏抢救的病人，而且麦克医生对此的解读是出现心搏停止的时候——也就是现在——不进行心肺复苏措施。事实上，我对拒绝心肺复苏的声明有不同的看法，[注]但谭先生床边显然不适合进行这样的哲学讨论。

于是，我梳理了一下现在的情况：谭先生现在有意识和呼吸，但没有了体温和生气。此外，脉搏是时有时无的。接着，我突然想起在蓝色警报——也就是现在这个场景——出现以前的时代，至少是在黑白电影里面，医生是通过掌掴病人、大声呼喊他们的名字以及摇晃病人来唤起他们的意识的，就好像这样打耳光、大喊大叫和乱摇乱晃可以像叫人起床一样把人的生命呼唤回来似的。

于是，我决定就这么干。

我先是呼唤谭先生的名字，然后摇晃他，麦克医生也开始移动他的腿。我甚至打了他几个耳光。于是理所当然地，谭先生再次出现了脉搏，这次的脉搏变得相当稳定。接着，他睁开了眼睛，一直睁着眼睛望着我。

这时，我开始思考神经系统与心脏功能的关系，也就是大脑与心脏的联系。之前，护士给谭先生的脑袋下面垫了几个枕头，让他处于最舒适的姿势等待死亡的降临。这对于死人来说挺舒服，但这个姿势却不适合活着的人。因为即便谭先生目前的脉搏稳定了，可他的血压却很低，还不足以克服重力将血液输送到他的大脑。所以，我用手柄将床尾抬高，床头下压，直到让谭先生头部向下，让重力去帮助他。于是，血液开始从他的腿部回流向他铁灰的脸庞，面部的颜色也从灰色变得红润。这时，他的脉搏也变得更加有力。

我和麦克医生对视着对方。“毛毯！”——我记得那些老式电影里都是这么做的。还有别的吗？对了，还需要热水瓶。于是，身边那个一直看着我和麦克医生这一系列非心肺复苏措施的护士急急忙忙为我们找来暖和的毯子和干净的床单、静脉输液架和注射液。现在，谭先生既然活了过来，我们就可以采取静脉输液了。

护士用毛毯把谭先生盖得密不透风，然后开始为谭先生进行静脉输液。我和麦克医生则密切注意着他，每当脉搏微弱下去或者意识变模糊时就轻轻地摇摇他。他的脸色逐渐变得红润，身体也慢慢暖和起来，突然，他的眼睛大睁着，看着我微笑了起来。

护士摇摇头，半是喃喃自语半对我说：“我从没见过这样的事情。”

我也一样没见过。

我参与过许多次心肺复苏，其中不乏成功案例，但没有一例是在像我们救治谭先生这样安静和平稳的状态下进行的。在那些抢救的过程中，我们根本无暇观测患者的灵魂和生机踟蹰在幽暗的通道里，寻找照耀在其尽头的生之光芒。在谭先生听到我的声音后，他在生与死的边界徘徊权衡，然后用眼神把他的决定告诉我时，我和他在一起。我切实感受到了他转身回来的瞬间，然后看着他恢复了生气——脉搏、血压、面色和意识都回来了，最后露出了微笑。

这样的经历让我对生命的理解又进了一步。生命，不仅是一种力量或是存在，更是一种特殊的能量，就像谭先生展示给我们的一样。当它即将消失、破碎，要经过一扇我们不能穿越的门时，我看着它已经将手放在了门把上，半个身子已然越过了门槛，可就在此时，它停下来转身做最后的叮嘱，却在这一刹那改变了主意往回走。脉搏回来了，血压升起来了，原本铁灰色的脸上又泛起了血色，眼神也重获光泽。这是一种纯粹的生命体验，与我们平时经历的一切生命动作——行走、言谈——都不相同。但理所当然地，前面所说的生命活动里并不包括呼吸，这是他当时唯一还能正常做到的事情。

还记得第一次解剖尸体的时候，我被尸体与鲜活身体（我是认识活着的贝克先生的）之间的差异震撼。那时我就感受到两者之间有些东西缺失了——当时我错过了这件事，也一直没有重新回想起来。现在，在谭先生的病例里，我找回了它。我看着它走向死亡，突然驻足，改变心意，然后又回到了我们身边。我看见的就是生机，正是它让我们的身体和精神生生不息。

希尔德加德对这股生机有过阐述，她受到了启示之后，认为那是弥留之际随着最后一次呼吸而从口中离开的鬼魅般的气息。她的另一个启示也与此相关，说的是这样的生机会进入子宫中的胎儿体内。在她看来，生机离开了身体，就代表着死亡的来临；而它进入身体的一刻带来了新生。根据中世纪医学，生，就是心脏开始跳动的那一刻。这一刻在我们现代医生看来，就是几百个心肌细胞第一次开始释放钙离子和钠离子，引起抽搐，然后将这一股电流传递到心脏各处，于是心脏开始了一辈子二十亿次（通常都十分完美的）心跳中的首次跳动。

*

就这样，谭先生活了下来，甚至恢复了活力。

麦克医生一直向我更新着谭先生缓慢但稳定的康复进展。他开始能

说一些话，慢慢走动。麦克医生甚至不切实际地期待着有一天谭先生能流利地向我们讲述他的人生，也期待他的行走能力能够最终让他康复出院。谭先生死里逃生一周年纪念的时候，我去看望了他。他的状态很好，平静、机警而又专注。当我跟他打招呼的时候，他看向我，然后露出了微笑。

谭先生“复活”之后不久，工人们开始拆除克拉伦登大厅。康利先生宣布拆除工作会从大厅内部开始进行，先取下所有可以搬走和重复利用的东西，比如管道、水池、炉子和灯具。这一步完成后，他们会断掉水和燃气，最后是电。然后，外部拆除就开始了。窗户、窗棂、门、黄铜夹具和铜质的建筑材料这些或还有用或能够卖出价钱的部分都会被拆下来。这些工作完成后，整个大厅就要被推倒了。我们所有人都被邀请去观看这一过程。

---

1. 贝叶挂毯，长70米，宽50厘米，是一幅据信制作于11世纪的大型挂毯，描绘了诺曼人征服英格兰的历史场景，现存于法国诺曼底贝叶博物馆。

2. 凯萨医疗集团（Kaiser Permanente），美国一家大型医疗集团，主营业务是为会员提供医疗服务，在全美拥有超过1000万会员，其中夏威夷地区拥有会员20余万人。

3. 谚语，意为恶有恶报。

4. 坏女孩们和坏男孩们很类似，只不过数量更少、行为更恶劣罢了。她们吸食毒品，曾经进过监狱，因此得过多种与毒品和牢狱生活相关的疾病，曾经牵扯进车祸，拦路抢过劫（也被抢过），曾经被人捅伤或持械袭击，做过许多次手术，还有运气也不好。然而和大多数坏男孩不一样的是，坏女孩们通常都是妓女，所以也都患有复杂的“职业病”。但是以上所有这些并不构成我眼中的“坏”。让她们成为“坏”人的，是她们十分易怒。她们的性格很顽固，而且一直不计后果地过她们想要过的那种生活。

5. 具体来说，丹医生一开始增加了她服用氟哌丁苯（Haldol，一种抗躁狂症和幻觉的精神类药物）和羟考酮（oxycodone，一种强效止痛药）的剂量，后来又添加了来士普（Lexapro，一种抗抑郁药），然后又加大了氟哌丁苯的服药量，还让她开始服用双丙戊酸钠（depakote，一种治疗癫痫和躁狂症的药物），后来又开了劳拉西泮（Ativan，有抗焦虑、催眠、镇静作用），然后增加了双丙戊酸钠的剂量，最后再一次加大了氟哌丁苯的剂量。关于羟色胺综合征病情发展的另一个与此类似的故事，请参见Ladan Zand，Scott J. Hoffman和Mark A. Nyman著，“74-Year-Old Woman with New-Onset Myoclonus”，发表于Mayo Clinic Proceedings第85卷第10期（2010年刊）第955—958页。

6. 旧金山以对同性恋宽容闻名。

7. 此时医院共有11名质量保证经理和9名全职医生。发现监督医生的工作人员比医生还多，这相当令人惊恐。

8. 我收到了《深池医院转型预算》（LHH Transition Budget: Consolidated Five Week Move—— April 2010）计划书的复印件，提供者要求隐去他的姓名。这份文件并未被签署，但其日期是2008年8月。

9. 预算情况本身就不太容易找到，然而搞清楚医生或者医院的实际开支甚至更难。我所找到的最好的数据来源是www.sfdph.org/dph/files/lagunahondadocs。卫生委员会的会议记录有的时候也很有用，它们被保存在www.sfdph.org/dph/fi les/hc/hcmins。深池医院联合委员会的记录也有一定启示，请参见www.sfdph.org/dph/files/hc/jcc/lhh/minutes。到2008年7月，医院的规模已经减少到903名患者和16名全职医生（兼职医生按工时折算成全职）。到2008年5月14日，克拉伦登大厅已经没有病人了。

10. 这份和解协议看上去令人很迷惑。看上去协议有两份互不相干的文件。第一份是司法部署名的单方面保证函，日期是2008年5月23日。我只见过其复印件。比这份文件稍晚一些的，是《美国司法部与旧金山市与县关于深池医院与康复中心的和解协议》，这份文件在司法部网站上就可以很容易地找到。该协议要求深池医院在架构、功能和任务上做出重大变革。比如说，新的深池医院应当通过扩大康复服务的规模来“注重护理模式的连续性”（见协议第1页），它应当在“深池医院的现有设施和正在建设的新院舍中体现出尽可能大的灵活性，以使特殊护理设备可以最大可能地用于日后将整合入该医院的其他服务中去”（见协议第4页）。许多人将这一句话解读为，深池医院最终将从一家医院转型为一家康复机构。其他要求还有，“每个患者都应该由一个团队根据该患者的需求和能力，而非患者的残疾程度或医院能提供的服务项目来进行评估”（第4页），出院措施“应当继续执行下去，即使是某个患者不顾家庭因素而对特定的安置建议表示反对”（第6页），“有护理需求的无家可归患者不应进入深池医院”（第11页），“市政府应该着手采纳健康管理联合公司的调查报告的建议”（第13页）。

11. 甲状旁腺（parathyroid gland），位于甲状腺附近的两对小腺体，负责分泌甲状旁腺素（parathyroid hormone，PTH）。甲状旁腺素的生物学功能是调节血钙和血磷浓度，是负责血中钙离子浓度调节的最重要激素。假性甲状旁腺功能减退症（pseudohypoparathyroidism，PHP，假性甲旁减），是一种遗传性疾病，与甲状旁腺功能减退症（hypoparathyroidism，HP，甲旁减）在症状上较为类似，均表现为低血钙、高血磷以及由此引起的手足抽搐和骨营养不良，但两者的区别在于，假性甲旁减是由于遗传了患者母亲所携带的致病基因（即GNAS1基因缺陷）所引起的，患者的甲状旁腺素分泌正常，但其激素受体无法识别该激素，而甲旁减患者是因为甲状旁腺的功能发生异常而导致甲状旁腺素的分泌减少。因此两类患者虽然症状类似，但血液中的甲状旁腺素浓度完全不同，治疗方法也完全不同。但假性假甲状旁腺功能减退是由于父亲将致病基因GNAS1遗传给子女而引起的，其症状与PHP稍有不同：患者的血钙、血磷、血PTH含量均正常，但骨骼发育与PHP患者一样出现异常。

12. 公共监护人（public guardian），在美国和英国，法庭有权为身体或精神残疾的人指定一位公共监护人，以保护其利益和安全。在旧金山，这一职责由旧金山市政府社会服务部公共监护人办公室（Public Guardian’s Office，Human Services Agency，City and County of San Francisco）负责。

13. 正面的角色，作者指的应该是著名美剧《豪斯医生》（Dr. House）中的主角豪斯医生，他虽然医术精湛，但是性情乖张。

14. 根据美国法律，患者（如果患者失去行为能力，则其亲属关系最近的近亲属可以代替其做决定）有权通过书面文件要求在抢救过程中不使用心肺复苏术，从而减少患者所受的痛苦。

15. QRS波群，心电图中的QRS波所表示的就是上文所提及的心室细胞中电解质回流到细胞内部的过程。

16. 在某种意义上说，这是很容易的。大约20%的人在室颤后活了下来，尽管幸存者中很少有人能活着出院。这方面的统计数据可参见Mickey S. Eisenberg和Bruce M. Psaty两位医学博士所著，“Cardiopulmonary Resuscitation: Celebration and Challenges”，收录于《美国医学会会刊》第304卷第1期（2010年7月号），第87页。

17. “与脸颊上的肤色相对的，是这股生机所对应的生命的炽热呼吸。因为这个人体内的生机显示出，他的生命力正在跑出他的身体，体内只留下空虚。生命力就站在那里，好似还未打定主意；又好比一个站在走廊上的人，不知是去是留。”出自Laurence Moulinier编Beate Hildegardis Cause et Cure（Rarissima mediaevalia，2003年版）第270页第6—10行。

18. 心肺复苏术及其镜像双子——“拒绝心肺复苏”——的故事很复杂，其背景知识和临床相关性可参见作者所著，“Thy Will be Done”，Health Affairs第26卷（2007年），第825—830页，及“Code Pearl”，Health Affairs第27卷（2008年）第216—220页。现在医生接诊每位病人都必须填写一份名为POLST（Physician Orders for Life Sustaining Treatment维持生命治疗遗嘱）的4页表格，以防复苏术预后不良和在临终病人、极高龄患者身上徒劳地使用心肺复苏措施。现在所有的医学院学生都被要求，在他们收治每个病人时索要这份声明。这样做令人十分不快，因此事情正在向反方向发展。参见Boris Veysman著，“Shock Me，Tube me，Line Me”，HealthAffairs第29卷第2期（2010年2月刊）第324—326页。

第十二章
天堂中转站的精神

转眼，数月已过。

不再需要费心收治病人的丹医生现在像个负伤的骑士，正努力与身边的混乱做斗争。相比之前，他来医院的时间更早，而下班的时间更晚了。他辞退了夜班医生，然后让之前上白班的医生们轮流分担夜班。丹医生自己承担的班次最多，时间也最晚。在圣诞节当天，他来到医院亲手给每位病人派发礼物。

白班医生的确开始上夜班，而其他顶班的医生就会在当天白天代管这些医生的病人。之前，患者该遵循哪位医生的医嘱是非常明确的事情，可现在这个“指挥链条”已经开始模糊了。病人们这几天由这位医生负责，过几天又换了另一位医生，医生们开出的处方也经常改变。除此之外，像化验报告和临床记录这样的重要数据也开始有遗失的情况。当病患有紧急情况的时候，护士们不清楚该联系哪位医生。护士、病人家属乃至我们医生自己都一头雾水。没过多久，丹医生就把刚裁掉的夜班及周末班医生雇了回来。幸运的是，依照本城市的规章，重新雇用的费用可以从另一笔预算中出。这么一来，从账面上看，医务部的预算还是成功地减少了三分之一。

市政府最终接受了司法部的和解协议，于是为期十年的调查终止了。新成立的市场部开始准备我院的首次品牌宣传活动，而克拉伦登大厅的拆除工作也要紧锣密鼓地开始了。很快，这栋我曾经熟悉的院舍就将成为历史。想到这里，我不禁扪心自问，我从这家医院收获了什么，我又要如何将这些收获传承下去？

对此，我想到了两件事。首先，我可以从向往已久的经济医学项目入手。通过这个项目，我可以检测自己对于慢疗的假说：慢疗的效果可以和立竿见影的现代医疗相媲美，且其费用更低廉，患者、家属和医护工作者的满意度也更高。我甚至可以建立一个进行慢疗的、独立的经济医学病房，用我这些年来所习得的医术来经营一个为期两年的实验项目。在这个项目中，我将悉心做检查，用最少的药物和微不足道的细节，静待时间帮助患者痊愈。我会对比两种策略的花费，即通过"慢疗"做出正确的诊断与误诊之间的花费，前者显然会使用药量减少，这既减少了支出，又避免了有害的副作用和不良反应（这又会带来更多的支出），但慢疗会因为提供高质量的医疗和护理服务而相应增加一定的开支，此外还有患者饮食标准提高所带来的开销。这会是对这一概念的一次论证。

我向丹医生介绍了我的想法，他挺喜欢这个主意，并且很高兴地任命我为"经济医学项目主管"。同时，他也提醒我说这个项目并不会立刻执行，因为眼下搬入新院区将会在接下来的几年中耗费大家主要的时间和精力。不过，我的项目将会安排在搬家之后，那时深池医院的每个人都已经安顿好，而大家对于医疗机构的关注也会如同钟摆一样，在到达最高点后开始回落。

除了这个项目，我想到的第二种传承旧医院的教诲的方式，就是记录下在深池医院发生的故事。于是，我开始着手整理在这里工作的数年的经历。就这样，我慢慢地书写，手稿很快就可以贴满我房间的四面墙了。

*

我开始写这本《天堂中转站》的时候，工人们刚好开始拆除有百年历史的克拉伦登大厅。

他们从大厅的西翼和南翼开始拆除，先拆掉窗户、窗框、水龙头和

洗手盆，接下来，他们到东翼去拆东西。他们拆除克拉伦登大厅的方式和白蚁一样，先将建筑物内部“蛀空”，直到最后都不去动房屋的框架。接下来，克拉伦登大厅的水、电和天然气都被切断。此刻的克拉伦登大厅让我想起了脑死亡病人：他们仍然健康的器官被取出，然后供氧被切断，静脉滴注停止，心电监测也被撤除了。此后，工人们开始拆除外部框架。他们拆下铜管、黏土瓦、外墙的雕刻装饰品和景观图。终于，克拉伦登大厅已经做好准备在顷刻间倒下了。

因为我此前缺席了为纪念拆除连接克拉伦登大厅和医院主楼之间的连廊所举办的烧烤庆祝会，所以这次我决定一定要出席克拉伦登大厅的拆除仪式。那天我走过去时，克拉伦登大厅的躯壳仍一如既往呈现出百年前爱德华时期的优雅。

我和另外几个人站在铁丝网后，准备观看。围绕大厅外围生长的绿色植被已经被移除，残留下来的土壤里放着一台形似螳螂的金属机器。这台机器仿佛伸长了脖子向前缓慢而笨拙的行走，下巴一直张开着，直到它来到建筑的一角。机器螳螂停下脚步，一口“咬”住黏土屋顶，稍微一扯，一阵抽搐之后便将一片屋顶拆下掷向地面。随后，它又缓缓移步到下一处，咬下了第二口，然后用同样的方式拆下另一片屋顶。机器螳螂就这样绕克拉伦登大厅外围转了一圈，于是大厅的内部结构逐渐展现于我们的眼前。这真是一座古老但坚固的建筑，以至于在拆除的过程中，有些水泥块和钢筋挂在墙面之外许久，没有立刻断裂。可克拉伦登大厅最终还是一步一步地被拆除了。到了那一天晚上，克拉伦登大厅就已经变成了满地瓦砾。还没过一周，这些瓦砾就已被完全清理干净，地基也被回填，人们已经把这片地皮准备好用来盖新楼了。

两周后，米利亚姆修女提出了辞职。[注]不过，离职后她并没有归隐于安逸的田园，而是给本地一家报纸写了一篇文章。她在文中抒发了自己对于克拉伦登大厅的不舍和心碎。在米利亚姆看来，人们亲手拆毁的不仅是克拉伦登大厅本身，而且是克拉伦登所代表的美好精神，这种精

神代表了深池医院独特而温暖的氛围，深池医院自建立到现在一直致力于服务这座城市中最孱弱的生命。同时，修女也提出警示，医院的方方面面已经受到严重的削减，即使这些变化都发生得悄无声息。例如医院收治病人的人数已减少三分之一，临终关怀的牧师被辞退，白天的看护项目停止了——这些都要归咎于“预算危机”。但是在经费这么紧张的情况下，医院还有钱来聘请市长御用的咨询公司——广角通讯（Wide Angle Communications）——来支持医院所谓的“从医疗单位转变为社区机构”。在文章的最后，米利亚姆呼吁市民们要时刻关注正在深池医院发生的一切。

米利亚姆修女不仅留下了这封信，还安排好了自己的继任者，玛格丽特修女。玛格丽特修女有着深色的皮肤，乌黑的头发和瞳仁，说起话来有着抑扬顿挫的牙买加口音，蓝白色的纱巾轻巧地搭在头上。尽管两位修女外表大相径庭，但她们的脾气禀性却极为相似。医院的管理层很快就会发现这一点。

*

这个时候，康利先生在忙着制订明年的财务预算。在他看来，这次预算将有别于往年的任何一次，因为他觉得，随着搬迁至新院址，医院将同时负担新旧两处院舍的开销。然而后来发生的事情证明，康利先生的想法在搬家上言中了，但是预算的那一部分却落了空。这次的预算确实与之前有异，因为这次预算将是首次被削减的预算方案。

近年来，预算危机似乎年年都有，而且都遵循一种模式。一开始，人们总会听到关于预算赤字的令人心慌的预测，而且赤字的额度还会随着工会和政治家在集体谈判中争夺人心的过程而进一步扩大。接下来出现的是反对预算削减的游行，而公开出来的预算缺口会变得更大。随后，请愿和妥协又登上了舞台。于是，大约在每年的整个5月，深池医院争议声鼎沸。一会儿是审计长说，我们在做预算的时候少算了一笔数百万美元的收入，一会儿双方达成了和解，面带微笑地批准了比前一年

更多的预算额度。

可是，这次就连预算危机都与往年不同。年景的确不太好，所以人员需要着实做出削减，公共医疗服务需要收缩业务。唯一的问题就是：裁掉谁？

医务部首当其冲。因为斯坦恩医生不喜欢我们这个部门，他绝对不会对我们手软。之前，丹医生已经解雇了夜班和周末班的医生，也将我们的行政管理人员编制尽可能地精简和改名。而且，为了准备搬迁到新的院舍，我们的患者数量将减少百分之二十。所以，丹医生很难推脱，他也必须做出相应比例的裁员。

只有一点——医生在接诊病患时是收费的，所以丹医生提出如果他能向康利先生证明医务部可以靠其医生的收入做到自给自足，哪怕是部分自给自足，就应该减少医务部的裁员幅度。于是，丹医生开始收集每一位医生的工作数据。由于电脑里根本没有这样的原始数据，这意味着丹医生只能逐间病房走访，不放过任何一张表格，去尽可能详尽地计算出部门里每一位医生的工作产出。功夫不负有心人，很快医院的木质信箱里就躺着丹医生的“生产力报告”了。报告中计算出了理论上我们部门每月为本市所创造的财富。这些数据之所以不是实际数字，是因为连医院的计费部门也不清楚他们每个月为我们部门和其他部门所提供的服务开出的账单有多少，而实际收入又是多少。无论如何，根据丹医生的计算，医务部每月的收入相当于其预算支出金额的一半。丹医生想以此换回一个还不错的结果。

这件事让我看清楚，丹医生是个不切实际的理想主义者，因为康利先生对他的数据无动于衷。根据他的预算，丹医生的医务部门还是必须要削减五名医生。

那么，他要裁掉谁？用哪些标准来判断呢？一整个周末，丹医生都在为此事伤脑筋。最后，他决定用年资来判断，但这并不是唯一的衡量

标准。因为在他看来，年轻医生所带来的活力与年长医生所积累的经验同样重要。除了年资以外，他还会综合考量医生的执业资格证书，对医务流程的熟练程度，对于从事全职工作的意愿和其他一些方面。根据这些构思，丹医生制作并打印了一张计分表。随后，他召集了整个部门所有的医生开会。

会议时间并不长。丹医生先是向我们介绍了预算吃紧的情况，然后将他打印好的表格发给了我们。浏览了表格之后，我们都想知道这张表是不是必填的。

丹医生说，表格是自愿填写的。不过如果每个人都填好表格，他就会更容易做出判断。可是如果有人不愿意填写，那么他只能帮那个人填表了。

会议结束后，丹医生在杰丽的办公室里贴了一个大大的标识提醒我们完成表格。他还在标识的下方放了一个文件夹，不过那里几乎一直都是空的。

过了不久，丹医生又召集了一次会议。

他宣布，预算情况变得更糟。除了上次决定的明年的五名裁员外，斯坦恩医生要求另外增加四个裁员指标，且在今年就得完成。下周，我们就会知道谁将离开。

这时候康利先生进了屋。康利先生看起来十分疲惫，他的胡子和红头发都变得更加稀少且暗淡无光。他的目光倦怠，声音嘶哑。康利先生告诉我们市场部已经向医院陈述了他们制订的品牌宣传计划，[注]还有深池医院的口号和价值观。我们的新口号是“深池医院——关爱之区”。康利先生觉得我们一定能够认同这句口号，因为它完美地描述了深池医院。他接着介绍说，我们所秉承的价值观是“居民优先”。不仅如此，市场部还在设计医院的新图标，构思我们的新使命，甚至在给医院起新的

名字。

会开到这里，医务人员仿佛才回过神来。他们不再看着手中的表格或是医学期刊，而是抬起低垂的头，不再看着眼前的桌面。康利先生被这突如其来的注目吓了一跳。

我们没听错，深池医院的定位和名字都要换掉。这家新的机构不应该被看成过时的济贫院，新的深池医院应该是专注于健康、福祉和康复的卓越中心。这么一来，市场部决定，“医院”这个称谓应该从我们的名字里删掉。

说到这里，康利先生环顾四周，看到每个人都在盯着他，可是大家都一言不发。这阵静默之后，医生们几乎是在同一时间说出了自己的顾虑。

我们都问，如果这里不再是一家“医院”，那么我们日夜照顾的那些病、痴、残、弱者又是什么人呢？他们若不是这家“医院”中的“患者”，那缘何要身坐轮椅，囿于轮床或是卧床不起？他们身上又为何插满导尿管、饲管和气管切管，而那些静脉滴注、供氧和石膏的作用又是什么呢？归根结底，他们身处深池医院的原因是什么？又将以何种身份自处于新的、现代化的，不再是一家医院的深池呢？这些孱弱的人会不会到别的地方去？

听完我们一股脑的诘问，康利先生显得有些局促，他空洞洞地望着前方。疲倦的蓝色瞳仁中仿佛映照出了过去的幻象。幻象里是那些患者，他曾经坐在他们床边，他们伸出手来和他握手，甚至康利先生——理学学士、公共卫生学硕士、本院行政总监——自己也伸出手去和他们握手。

最后，我们还是保住了“医院”这个称谓。

*

感恩节的前一天我进屋的时候，医院新来的秘书菲比告诉我，丹医生今天将会宣布裁员名单。丹医生会把这些人逐个叫进办公室。很明显，菲比是清楚名单上有谁的。看着她的眼眸，我感觉自己应该多半是逃过一劫了。果然，这一天当中，我被叫来叫去，但丹医生一次也没叫过我。按捺不住心中的好奇，下午五六点的时候，我找到菲比的办公室，想看看名单上到底都有谁。

丹医生的选择让我感到迷惑。名单上有莉迪亚医生，这里最年长且年资最长的一位，曾经在救治拉德卡女士的时候帮了大忙。还有拉杰夫医生，最后加入我们部门的最年轻的医生。丹医生辞退他们二位的理由我尚可理解。对于莉迪亚医生来说，她不需要这份工作来养家糊口，而拉杰夫医生是因为年资最浅。可同在名单里的还有斯塔克斯医生，他高高瘦瘦，是位非裔美国人。丹医生辞退他的理由难道是人事部门告诉他，从每个族裔的医生群体中都选取一位以求稳妥？无论高矮胖瘦，年长还是年轻，白种人还是有色人种，各选一位总不会出错。然而，第四位被选中的医生是塔莉。她的名字出现在名单上真是让我惊讶不已，因为塔莉医生的背景符合丹医生之前制定的所有标准。为什么这么说呢？她持有医学执业证书，会做手术，且是位全职工作的医生。除了这些之外，塔莉医生聪明且性格怡人，工作能力出色且样貌出众。在我看来，无论从哪个角度考虑，如果丹医生辞退塔莉医生，那么其他人绝对也符合他的辞退标准。

大家都想知道，究竟他是从哪些标准去考量的？

然而，丹医生不会告诉我们，他也没有必要向我们坦白。医生们听从医务部主任的管理，而丹医生现在就是医务部副主任。而他楼上的索南医生显然也支持他的选择。

午餐时间，无论是在办公室里还是在走廊，医生们遇见的时候，都

会给彼此一个心照不宣的眼神。一场反抗开始了。这场反抗就像两根电线间摩擦出的火星一般，火光一闪后，火焰在地下沿着墙壁立即蔓延开来。医生们一个接一个地找康利先生，然后是斯坦恩医生。我们彼此并不清楚对方的行动，事前也没有组织计划。但是大家的行动却都是激烈而决绝的。

*

就这样，新年复工的第一天，我到菲比的办公室报到。丹医生站在门口，面色苍白得像幽灵一般。此时，杰弗斯医生神情肃穆，正从办公室里出来。我知道，一定是发生了什么事。

我看着杰弗斯医生，我们交换了老友间会心的眼神，我肯定一定是出事了。但不知为何，他并不愿谈论这件事，好像并没有他表现出来的肃穆所暗示的那么严重。要弄清究竟发生了什么，我得去找拉里萨护士问问。我找到了她，拉里萨果然没有让我失望。即便距离事发刚刚四十五分钟，她已经对来龙去脉了如指掌了。

“丹医生和索南医生都被辞退了，”拉里萨说着，失望的眼眸中闪过一丝微光，“今天上午一大早，康利先生把索南医生叫到办公室，说他必须退休，而且医院将会取消丹医生的职位，这么一来之前决定的四名医生的裁员计划就被取消了，因为他们两位的职位取消后，预算就不再吃紧。”

拉里萨神情索然，因为她既舍不得丹医生，也不想塔莉医生离开。行政命令仿佛命运般的逆转，也让她俄罗斯人的灵魂感到火热而激动。这段时间，她的心情也像坐过山车，忽悲忽喜，终于在这一刻释然。她感受到的还有一丝警示。经验告诉她，这样的逆转预示着可能到来的更多的变化——可能是某人突然的升职和降职，某一方投降甚至是永无翻身之日。可每当遇到这样的重大抉择的时候，拉里萨总是站错队。所以拉里萨也不想聊太久，因为这种时候，永远可能隔墙有耳。

消息以最快的速度在医院传开了。很多护士问我丹医生为什么会被辞退。

我能做的也只不过是揣测。尽管塔莉医生是斯坦恩的朋友，我也不认为这是事情的原因。相比之下，诱因更可能是丹医生在人事改革势在必行的大趋势下逆势而为。他应该意识到这股迫使深池医院破旧立新的力量是自上而下，不可调和的。在这种情况下，他还面红耳赤地为维持旧体制据理力争。的确，相比医学之道，丹医生更倾向于护理之道。问题在于他偏向的是类似于莱斯特小姐的护理之道。它和医学之道至少有一个相似点，那就是它们关注的都是人，但所谓的卫生保健（health care）则不然。所以，丹医生的“道”就让他成为了挡住车轮的螳螂。注

丹医生并没有立即离开。他完成了手头上的任务，找好新的工作，然后才收拾东西准备离开。他给每位同事都写了临别赠言，把之前负责的患者分配给其他医生。丹医生逐间病房去和每位护士告别，随后第二次离开了深池医院。

丹医生走后，康利先生召集现有的医护人员开会。现在他的红色胡须几乎已经全白了。康利先生胖了许多，大腹便便。他还长出了眼袋，双眼看起来微微失焦。以前的康利先生看上去像是与安妮·博林新婚宴尔时的青年亨利八世，而现在他更像是将妻子处决时的亨利八世。注

会议上，康利先生告诉我们，辞退丹医生和索南医生都完全是他个人的决定，斯坦恩医生并未参与。说话的时候，康利先生的目光飘忽不定，让我们都怀疑这件事的真实性。因为在没有斯坦恩医生参与的情况下，康利先生根本不可能同时辞退医务部主任和副主任。况且，这本不是他的职责范围。

与此同时，康利先生委托了一家猎头公司，帮深池医院寻找医务部主任的继任者。他对候选人的要求是，持有医务管理证书、经验丰富且做事高效。在没有找到候选人之前，杰弗斯医生任代理医务部主任。我

们都看向杰弗斯医生，他冲我们耸耸肩，笑了笑。对大家来说，这是个不错的决定。杰弗斯医生很受大家爱戴，做事风格也是恰到好处，绝不画蛇添足。

*

六周后的一天，康利先生早上没来拼车。

这种情况之前从未发生过，同他拼车的人通知了急救人员。急救员们找到康利先生住的公寓，敲门却没人应。于是他们破门而入，看到的是身着正装的康利先生，他领带松散，衣领拉开，已经坐在沙发上离开人世了。当天下午，验尸官进行了尸检，宣布康利先生的死亡时间是前一天晚上七点半，死因是大冠状动脉突然阻塞所造成的突发心脏病。阻塞血管的是粥样斑块顶部的新生血栓。

不过我们都清楚，他是为了深池医院而去世的。之前他承受的压力太大了：预算被削减，病人要转出，医院可能改名，丹医生和索南医生被辞退。

康利先生的追思会在活动大厅举行。大厅里面满是工作人员和患者。康利先生的遗像被放于大厅的画架之上。照片里的康利先生还是刚来深池医院时的样子，那时他还有着红色胡须和明亮的眼眸。会场上有仪仗队和管风琴乐队，斯坦恩医生骑着自行车过来为康利先生致悼词。斯坦恩医生甚至都哭了，他说他认为自己应该为康利先生的死负责。他说，康利先生作为自己的朋友，在深池医院从老式疗养院转型为现代护理机构的过程中为自己提供了很多帮助。他为好友的死亡十分自责。

追悼会的第二天，斯坦恩医生宣布了康利先生的继任人选，就是米琳·拉罗斯。她是一名注册护士，拥有护理学硕士学位，也是斯坦恩医生的朋友，兼任医院护理部副主任。

米琳身材小巧，身着价值不菲的裙装，配着长筒袜和平底鞋。她为人热情，做事自信且果断。她总是给人灿烂的笑容，看起来坦率无比，让人很容易在初见时就喜欢上她。宣布任命的第二天，米琳就搬进了康利先生的办公室。也就是在那天，她辞退了唯一有可能与自己竞争的另一位护理部副主任。一周后，由她发布的重新整理过的医院组织架构图上显示着之前隶属于医务部的实验室、放射科和社会工作科现在都变成了她的管理范围。(注)

这只是开始而已。

米琳到新岗位上任后的主要盟友就是阿德里安·瑟夫，市场部的主任。(注)他身材不高，但显得很精干，留着精心剪裁的棕色短发。一双棕色的眼睛总是露出好奇的神色，眼角处有些吊梢。他来深池医院工作后，将自己新建立的市场部安置在原来牧师使用的角楼，重新装修了淡黄和褐灰色的旧式卫生间和厨房。由于角楼有自己独立的入口，所以阿德里安可以在不引起整个医院注意的情况下自由出入。现在，他是医院管理层的唯一一位“元老”了，于是阿德里安开始采取行动。他积极地参加原来丹医生参加的会议，无论医院大小事务出现问题，一定会有他的身影，即使那是个医学问题。就这样，律师出身的阿德里安就填充了丹医生离开后的空白。在处理医院的事务上，他的态度是不求有功，但求无过。

就这样，米琳联手阿德里安开始在医院的关键性事务上做决策。当然，他们还是会与斯坦恩医生和市长进行商议的。虽然他们的决定没有四处宣扬开，但是从不断发生的事情中，我们能感到一丝异样，那是一种因急于表现而出现的失衡所产生的陌生感。例如，每天都会有新的表格让我们填写，新成立一些委员会，颁布新的行政指令。我们注意到经常有护士被擢升、降级或者调动；某些医生突然消失了，一些病房也突然被关闭。每周都有人荣休，然后接下来就是人事任命大洗牌。

*

最后一根稻草是戴维斯·亚的一份报告。㊟

戴维斯·亚博士是米琳和阿德里安聘请来的，其工作只不过是编写旧医院的一些精神病学护理方法。但除此之外，他还为深池医院搬迁之后的定位规划了一份“蓝图”。他在计划里说得很清楚，新的医院将截然不同。也是到那时，我们这些医生才终于第一次了解了未来深池医院将呈现的样子。搬迁之后，深池医院将不再作为一家独立经营的医院，而会成为县医院的一部分。病人的收治和医务人员的管理都将由公共卫生局局长负责。全院几乎一半的病床，都会保留给那些无家可归的精神疾病患者，而剩下的病人的护理方针是让他们尽快康复，以让其快速出院。我们的护理模式也会改变。在新的深池医院里，过时的、由医生负责的“医学模式”会被“社会护理模式”取代。㊟而后者——我们先姑且不管它的名字——就是让包括护士、社工和心理学家在内的护理人员去护理患者，但其中不会再有医生。

虽然之前我们听闻了不少小道消息，可是看到这幅蓝图之后，我们还是抑制不住地震惊了。医生们都表示无法接受这样的转型。举例来说，我一直认为，无论发生什么，深池医院的“天堂中转站”（这个词是我私下里自己用的）的精神是不会改变的。可是在得知戴维斯·亚的计划之后，我开始怀疑自己逃离卫生护理这个概念的二十年的经历是否要迎来终结。

许多医生和我的想法一致。不吐不快的凯医生和罗梅罗医生写了一篇精彩的檄文，证明戴维斯·亚的报告构思有误、逻辑混乱，最重要的是这份报告本身就是非法的。他们还联系了邻近的居民组织，让他们也知道新的深池医院即将变成一家收留无家可归者的精神病治疗机构。最后，他们要求对那笔两百万美元的患者捐赠基金（Patient Gift Fund）进行审计。㊟

提出审计要求的时候，凯医生和罗梅罗医生并未发现戴维斯·亚的那份报告和患者捐赠基金之间有任何政策上的关联，但是两者仍然存在策略上的关联，因为他们已经发现这笔基金中产生了数十万美元的亏空。而只要医院因此产生丑闻，米琳作为医院的领导就会被牵连进来。这样，她的首要顾问阿德里安和直属领导斯坦恩医生一定也脱不了干系，这件事说不定还会扯上市长。对患者捐赠基金进行调查，有可能断送他们中某个人甚至所有人的前程，因此也会给深池医院的激进转型过程画上句号。所以，凯医生和罗梅罗医生在讨伐完戴维斯·亚的报告之后，就马不停蹄地要求院方提供从康利先生经手开始直到现在的基金账目。

这还没完，他们还对斯坦恩医生和戴维斯·亚之间的经济往来是否符合伦理标准提出了投诉。

米琳、阿德里安、斯坦恩和市长当然对这些要求和投诉十分不悦，所以在医生提出质询后的数月里，他们都多加拖延、不予理会。到最后，医生们也没有得到解释，反倒是戴维斯·亚的报告被采纳了。

*

这件事发生之后没过多久，我们这些医务人员又得知了一项重大变化。米琳终于聘请了一位新的医务部主任，这位主任是我们的自己人——塔莉医生。整整一年前，丹医生辞退了她，当时还引起了轩然大波。塔莉医生起伏的仕途在深池医院非常典型。在以前，这种否极泰来被认为是命运之轮转动的产物。我们每个人都挂在这只大轮子上，轮盘会随着时间而转动，我们的运道迟早会走下坡路，但也迟早会红运当头。

医务人员对米琳的这项决策还是十分高兴的，因为我们知道塔莉是位好医生，她了解深池医院。我们信心满满地认为，她喜欢深池医院本来的样子，也会尽力地维持这些。所以我们觉得，挑选她给我们带来了

希望，我们将医院会越来越好的希望全都寄托在她的身上。

塔莉医生上任后随即召开了全体医务人员的会议，会上宣布了一些事项。[注]然而这些事情听起来都令人心灰意冷。

第一件事是关于杰弗斯医生的。他在为深池医院付出了二十八年后，要退休了。塔莉医生说，尽管我们都不舍得杰弗斯医生退休，可是他辛苦了这么多年，也是时候得到休息和放松了。第二件事是她决定将位于院址后部的医务部主任办公室搬到行政楼。塔莉医生说，时至今日我们真的需要让医学做出改变了。我们应该将医学与行政和护理联合起来，从而成为解决问题的一部分，而非问题本身的一部分。

这些话让我有些不安。

医学、护理和行政三者在医院发展的历史进程中，确实一直处于互不相让的尴尬境地。在米琳·拉罗斯这位拥有护理学硕士学位的注册护士担任医院行政主管之后，深池医院的护理和行政两方面已经得以有效地结合。或许，是时候让医学也参加进来了。但转念间，我又想起了弗罗伦斯·南丁格尔对于医学、护理和行政之间相互斗争的论述[注]。她认为这三者间的矛盾是无法化解的，也不应该化解掉，因为这矛盾本身恰恰可以保证患者的利益最大化。试想，如果医务人员控制了整个医院，那么病人很可能得到过度的治疗。如果医院的体制是由行政主导的，那么病人得到的治疗可能就远远不够。如果护理人员掌握了控制权，那患者的精神和情感的护理可能就会掩盖了医学方面的病情进展。

所以，我很担心塔莉医生的决定。如果试图让医学、护理和行政在深池医院达成和解，那么这家医院未来在医学方面究竟会得到什么？

她向我们宣布的第三件事是由于医院的预算削减，她不得不怀着抱歉的心情辞退凯医生。塔莉医生解释说这项决定绝对不含任何打击报复的意味，只是为了更好地适应医务部的预算要求而做出的重组。这完全

是她的个人决定，与米琳医生和斯坦恩医生毫不相干。

会议室里响起一声叹息。上一个说出“完全是我个人决定”的康利先生已经为此离世了。我们没人愿意看到塔莉医生变得辛劳憔悴、头发花白甚至有康利先生类似的遭遇。我们愿意支持塔莉医生做好工作，而且，塔莉医生辞退凯医生的决定也确实让我们无话可说。因为我们都知道凯医生有自己的行事风格和原则。他的原则之一就是只照看自己的病人，不会为其他病房提供帮助。所以此刻没有人为他抱不平。

唯独玛格丽特修女是个例外。当她知道凯医生被辞退的时候，立刻冲进米琳•拉罗斯的办公室，蓝白色的丝巾在她身后晃来晃去。至少我是这么听说的。

“你还是不是基督徒！”她冲着米琳大喊，“告诉我，你是不是基督徒？你怎么能辞退凯医生？他可是临终关怀病房里最好的医生！你怎么敢说谎？说谎是罪过！你把我们教区拨给医院的经费都用在哪儿了？都用到哪里去了，啊？你这个骗子，撒谎可是罪过！”

米琳心里明白什么时候该闭嘴。另外，对她而言，辞退了凯医生是正确的选择，因为凯医生会为了阻止变革，而在海滩、小区和街道上抗议游行。而且，凯医生毕竟是英国人，即便米琳十分钦佩这个国度的人，凯医生还是必须离开。

于是，凯医生被裁掉了。他走后的第二天，就旋即举报了院方。他指控称，自己被辞退是由于自己提出了对亏空的患者捐赠基金的调查。

一天后，罗梅罗医生辞职以示抗议。

接下来的一系列变化都不可挽回了。收治病房被关停，医务部搬去了行政楼，之前和我并肩作战的医生们几乎都离开了。我们被迫踏上了一场征途，看着深池医院在医疗机构和社区的一部分之间来回转变。

数日后，在我驱车前往医院上班的一个早晨，我终于看到之前几年间一直覆盖在新医院大楼表面的白色塑料膜被掀开了。

新的深池医院跃然眼前。

新旧医院之间仿佛有着一些奇怪的承袭感。新医院大楼也有塔楼。不过它们看起来更现代化，更多余。新的塔楼没有黏土屋顶、装饰瓦片和铜管。塔楼的外墙粉刷上了桃红色、灰褐色和棕色，呈现出与旧楼类似的颜色。蓝绿色的现代化窗架笔直地镶嵌其中。

是时候来看看新医院究竟是什么样了。

是时候动身出发了。㊟

*

我给戴夫·乔纳斯打了个电话。

戴夫是新大楼建设的项目经理，由他带着我参观新医院再合适不过。他在旧院址里面办公了很长时间，这使他迷上了那里开阔的空间、奇妙的偶遇机会和各种各样的病人们。戴夫说，我当天就可以去办公室找他，他会带我参观新的医院。

那天下午晚些时候，我在办公室找到了他。我们一起离开旧楼，径直走向新楼里由灰色河底石、绽放的薰衣草和橄榄树组成的景观花园。如果不亲自过来看，我怎么都不会相信之前这里是一片树丛和河谷，里面有被扔满了酒瓶子的泉水。

戴夫提议我们可以从南楼的一个“社区”开始参观。所谓“社区”，就是病房的新称谓。戴夫告诉我，只需要看一个“社区”就能了解所有病人的居住情况了，因为新的医院里每个社区都是大同小异的。

接着，我们来到一扇双层玻璃门前，大门特意为我们敞开着。通过这扇门我们就进入了社区的大房间里。与设计时设想的一样，这间房宽敞且采光很好。地上铺的是浅黄色的木地板，上面放着与整个房间格调匹配的橱柜。房间的后面则是护士站，里面是一个简单的操作台和一台电脑。护士站没有门，也没有配备任何柜子。几乎不可能在护士站里找到足够安静的空间去思考或是讨论患者的病情。

我们沿着这间大厅走下去，看到了患者们住的房间。我十分震惊。每间所谓的“房间”里有两张或三张病床，这其实可以说是一间套房了。房间里还有一条小走廊。每间套房里的患者共用一间洗手间，里面铺着墨绿色、淡黄色、灰褐色的瓷砖，洗手间里的空间足够容纳一台轮椅或是一位体型最臃肿的患者。每张“病床”其实都是一件单人间，房里有一扇可以敞开的窗户和可以关上的门。每个房间的墙壁上悬挂着一台纯平电视，给患者们配的新衣柜也有黑胶把手，以免他们弄伤自己。每只枕头下都有一个对讲机，通过它护士不用走进小房间就可以与患者沟通。

戴夫又带我去参观了社区的公共区域。有一间静室铺有地毯，患者们可以在里面阅读。我还看到了餐厅，一间配有银光闪亮的炉子和洗碗机的小厨房，这是因为患者们现在就要用瓷盘子吃饭了。这台新型的洗碗机还可以自动集中厨余，将它们转化成肥料。这里还有护士经理、活动治疗师、营养师和病历技师各自的办公室。我问戴夫，医生们去哪儿了？我们的办公室在哪儿？夜间医生们的值班室又在哪儿？

戴夫的表情显得有些不自在。在这一栋新建筑里，看起来医生们似乎无缘无故地被新医院忽略了。戴夫告诉我，他甚至不知道还有医生值班室这样的东西存在。能确定的是，新的深池医院里，并没有安排医生的办公室。他听说医生们会留在旧楼，不过这一点他也不是很确定。

接下来我们将会去到连接两处病人居住的住院大楼的连接楼。但是由于电梯出了点电子故障，戴夫带我走了楼梯。楼梯在走廊的最尽头，而且门居然还是锁上的。

我告诉戴夫，把楼梯安置在这里是极为不便的。一旦发布了蓝色警报，就需要有一条道路可以让人从一层楼快速移动到另一层楼，而这时决不能花时间在等电梯或者一路沿着走廊跑到尽头去。而且，为什么这些走廊上了锁？

戴夫也不清楚为什么建筑师们将楼梯与电梯间的距离设置得如此之远，但是楼梯间上锁是出于安全考虑的。锁上之后患者们就不会走楼梯间溜出去，或者像在旧医院里那样为所欲为。这两件事给我们添了不少麻烦。不仅如此，为了进一步提高安全性，新院区的楼梯间、餐厅和大厅里都安装了摄像头。当然，医院会给工作人员分发楼梯间和院区内其他上锁区域的电子钥匙，钥匙就装在我们佩戴的装有定位器的徽章上。

我们沿着楼梯一路来到了连接楼的大厅。这里的景观实在是太美了，西面的一整面墙几乎就是一整块玻璃落地窗，透过它，我可以看到远处的大海。透过对面的玻璃墙，我看到的是两棵树龄悠久的木兰，枝丫上正盛放着木兰花。这两棵树被古树保护委员会保护得很好。另外两面墙装饰的是挂毯、乐烧雕塑[注]、画作和玻璃马赛克。

我们来到餐厅。我相信即使是挑剔的瑞士人都会对这里赞不绝口。[注]这个餐厅空间开阔，以白色作为主色调，里面是一张张小桌子，配有五彩斑斓的椅子和卤素灯。树脂玻璃柜里是新的烧烤架，柜子后面是几排狼牌烤箱和维京牌的冰箱。餐厅里还有一间水泥露台，样子看起来就和我们许久之前看到的建筑效果图一样，唯独少了当时图片里面的阳伞和瘦削的年轻病人。随后，我们又参观了健身房，里面有两个望不到边的游泳池。还有门诊诊室，里面配备了最新的检查台、电脑和仪器设备。

我们离开连接楼前往原来的谷仓空地，路中途经了一排低矮的建筑。戴夫告诉我那里放的是电脑服务器，它们负责控制新建筑内的一切设备——供电、照明、供暖、摄像头、门上的电子锁、电梯、药物治疗

仪、电话、电脑等等。理所当然地，我想进去看看，于是戴夫带我进入了机房。机房里扑面而来一股水泥味儿，从地面到天花板布满了电线。地上放着一排排架子，上面是几百个黑盒子，每个盒子又通过上千条电线连接在一起。戴夫向我解释说，每条线都从某个房间里延伸到这些黑盒子里，而且电话、电视、通风系统、供暖和电子马桶都有自己单独的线路。我们最好祈祷这些电线千万不要接触不良啊。

最后我们终于到达了谷仓空地，这里简直焕然一新。种植蔬菜的菜圃被人垫高，好让患者们坐在轮椅上也可以做点农活。新的温室里也有无障碍长椅和其他设备。之前养的鸭子和鹅也被编了号，在新水池里面自由嬉戏。而管理谷仓农场的活动治疗师们的办公室就在兔舍的旁边。每只小动物都有自己单独的房间，笼舍的地面都是水泥的，且安装了保温灯。戴夫还向我展示了动物笼舍之间的小门。他说，这些门是动物权利保护者硬要他加上的，因为他们担心习惯群居的迷你猪和山羊会因为时常待在自己的笼子里而感到孤独。小门可以方便它们互相串门。

结束参观后我们一起走回了戴夫的办公室。他说需要查阅一下新医院的设计手册，让我稍等片刻。

戴夫说：“我觉得我找到了。”他指着设计图上标有“PHYS”字样的小方块告诉我，“这就是医生值班室。”

我看了眼他所指的地方，那是一间位于北楼三层没有窗户的小房间，上面标着“PHYS”的字样。我不太认同他的说法。在我看来，“PHYS”更像是“硬件设施”（physical plant）或者“理疗师”（physical therapist）的缩写，或者是用来维护机房里那么多复杂设备的“物理学家”（physicist）的简称。总之，怎么看也不像是“医生”（physician）的缩写。

无论如何，我还是向戴夫道了谢。在走回我办公室的路上，我不禁在想，在新的医院里，患者们在哪里饮水、服药、聊天、做白日梦呢？

我知道，他们会自己发掘一些好地方的——比如楼梯井、屋顶或者门口标有“PHYS”的没有窗户的小黑屋。又或许，患者们不会这么做，因为虽然新医院建设的主要借口是保护患者们的隐私，但在摄像头、定位徽章和枕头下对讲机的密切保护下，患者们在新的深池医院其实没有多少隐私可言。

回到办公室，我坐在自己摇摇晃晃的办公桌前，从窗户向外望去。我看到医院的一翼在窗前横穿而过，屋顶的红瓦和角楼让我想起在古老的修道院时期社会所赋予医生这一职业的根本。我又看着自己身穿的白大褂，洁白的颜色提醒我们医者纯洁的初心。目光所及还有我的医学书籍和那些我一直留存着的病历索引卡。我开始怀疑，新医院里的医生们到底会在哪里办公呢？又或者，我们是否还会留在新深池医院里。

要给出答案还太早，我在旧深池医院还有最后一课要上。

*

尽管身边一直有变化发生，但抛开这些不看，医院的工作生活还是像之前一样有条不紊地进行着。就像我现在仍在照看病人，护士们每天三遍的例行查房，其他医生悉心照料自己的患者，治疗师、社工和营养师们仍严格遵循着莱斯特小姐很久以前制定的工作制度。

在我去新院舍参观的几周之后，有一天我正在病房里，刚检查完一位患者，这时，我之前治疗过的一位患者走进了病房。他是戴维·兰普曼。我之所以一下子就认出了他，是因为他那独一无二的嗓音。那是一种粗糙却饱含力量，自信又令人激动的嗓音。他来到病房是为了游说大家参加唐·泰勒的追悼会。唐生前是医院防止滥用药物委员会的一位顾问。

“嗨！维多利亚医生！”他看见我之后露出灿烂的一笑，“你最近怎么样？”

“我挺好的，”我告诉他，“你呢？”

“我也挺好的，维多利亚医生！你知道吗？我已经戒酒九百九十四天了。这是我人生中最棒的事！”

其实光用眼睛我也能看出来他现在状态极好。现在的他和我最初两次见到他的样子已经大不一样了。眼前的他身材修长，有着健康的棕色皮肤，看起来精气神十足。一顶棕色和白色相间的滑雪帽戴在他卷曲的黑发上。他衣着整洁，每颗扣子、每条拉链都各就各位，腰间系着皮带。唯一能让我将现在的他和两年前的样子联系起来的，只有他的嗓音了。

初见兰普曼先生是在深池医院的收治病房，护士们叫我去看一位病人的血液检查数据。这位病人的检查本来是拉杰夫医生安排的，但是他请了病假。她们对病人的状况非常担忧，因为他的体重在过去的两天内激增了11千克。护士们问我能不能去看看他的血检数据，然后给他做详细的检查。

当然没问题。

循例我先查看了血检数据。问题很明显，兰普曼先生患有肝硬化（cirrhosis），而且他的肝脏已经基本丧失功能了。我们都知道肝脏可以产生蛋白质，将血管里的水分留住，所以兰普曼先生激增的11千克体重就是血管内流失的水分淤积在他的皮肤、腹腔和腿部所造成的。以这种情况来看，能帮助他的唯有肝移植。

然后，我离开了办公室，亲自去看看他。

兰普曼先生住在病房前部的一间半独立房间里。我走进去的时候房间内很安静，病床上堆放着一堆床单，整个房间内弥漫着一种陈腐而伤感的气息。这种气息不是死亡，也不是缓缓地失去生命，而是兼而有之

——这是一种凝滞感：空气完全停止了流动，病人静静地躺在床上，体温似乎也比正常的低。仔细看我才发现，那“一堆床单”正是兰普曼先生。他一动不动，被单一直拉过了头顶。

我介绍了自己和来病房的原因。说完后，他动都没动。突然，我感到背后有了运动的气息，那是一阵凉爽清新的空气。转头一看，一位高个子、精力充沛的女性走进了房间。她是兰普曼先生的姐妹[注]。她停在了我身后。

兰普曼先生把被子拉下来，让我可以进行快速检查。我从他的双手开始检查。他的手冰凉而浮肿，脉象虚弱，跳得很快。他的眼底发黄，是肝硬化引发的黄疸（jaundice）造成的。由于肝功能衰竭，凝血蛋白合成减少，所以他的胸口有一块块青肿。他的腹部和腿上都有水肿。

检查完之后，我告诉他的姐妹和护士们，兰普曼先生时日无多了，也就几周或者数月，他随时都有可能因为突然出血而在一两分钟内过世。他也极可能发生一次又一次的感染，直到最后一次感染将他的生命夺走。或者他也可能会昏迷过去——这是一种由于肝脏不能再净化血液而导致的肝性昏迷。我告诉他的姐妹，唯一可能让他挺过去的，是要像深池医院的病人们一样，让疾病都觉得这个人真讨厌。我说这话时，兰普曼先生眼睛半睁着看着我。我知道，他就是这样的人。一颗顽劣、坚韧和充满斗志的心，或许——只是或许——能帮助兰普曼先生战胜病魔。不过仅限这一次发病而已，我们不可能做出任何断言，但我还是判断他活下来的可能是百分之五十，这比我之前对任何如此危重的病人所说的概率都要高。当然，他不能像之前一样酗酒才行。

“听到没，戴维，我跟你说过吧。”兰普曼先生的姐妹说完，又转头对我说，“医生，我跟他说过，可是他每次都还是继续喝。”听到这里，兰普曼先生闭上眼睛，把被单拉过头顶。

我耸耸肩，表示理解。我又和兰普曼先生的姐妹说了些安慰的话，

然后离开病房回办公室给兰普曼先生做新的治疗安排。很正常，几天后，兰普曼先生的病情又恶化了。他被转到了县医院，在那里的重症监护室里住了几个星期，又是输液、检查，又是大剂量的抗生素治疗。

他回来的时候，我收治了兰普曼先生。尽管他的样子和我当初为他检查的时候相差不大，但对于他这样的危重病人来说，这意味着他其实已经好了许多。这段日子里，他的肝脏得到了喘息的时机，肝脏新产生了一些肝细胞，生成的蛋白质的量也增加了一点。所以，他的凝血功能有了好转，血液中的毒素也被代谢掉了一些，身体的水肿也就少了一些。

这次为他检查的时候，我才看清楚兰普曼先生的样貌是那么帅气。他的棕色皮肤看起来没有一点瑕疵，洁白的牙齿也生得很整齐。我决定把兰普曼先生也加入我那张长长的“帅气患者名单”。在我看来，医院里的大多数病人都是好看的，这并不是因为我是他们的主治医生。可是这些帅气的患者大多是坏男孩，无论他们年轻、年老还是介于二者之间，都有这样一个共同点。想想看，如果不是长得好看的话，谁能一路闯过小学训导主任、高中校长、青少年管教所、监狱和街头的重重阻碍，一路抵达深池医院呢？

兰普曼先生不仅肝功能有所恢复，整个人的状态也在转好。给他检查的时候，他对我的每一项检查开始显示出专注和兴趣。虽然他有时候有些脾气和抱怨，但这也是一个好现象。抱怨是自我意识的表现，开始抱怨说明他的自我又回来了。对了，还有发怒，这也是活力和生机的象征。兰普曼先生的姐妹再次过来看他。这次我和她讲述兰普曼先生预后状况的时候，兰普曼先生也非常专注地倾听。我告诉他们，其他人遇到兰普曼先生这样的情况现在都没命了。但是，兰普曼先生和我们的许多病人一样，都有九条命。现在他正在活自己第七条半的命。

几周之后，兰普曼先生的状况大有好转，已经可以转到克拉伦登大厅了。之后的一年我都没有再见过他，直到有一天他到收治病房来找我

道别。他就要出院了，非常想感谢我对他的帮助。尽管兰普曼先生身上还有浮肿，但已经少多了，他现在可以用自己的双脚笔直地站在地上，最重要的是：“我已经戒酒了，维多利亚医生！我已经两百六十四天没有喝酒了！”

两年之后的现在再看到他时，兰普曼先生的身份已经从患者变成了志愿者。他告诉我，他参加了匿名戒酒互助社（Alcoholics Anonymous）(注)，这次回来是为了参加帮助自己戒酒的唐·泰勒先生的追悼会。(注)

“维多利亚医生，唐是个伟大的人，他救了我的命。我真的不相信他死了！”兰普曼先生用他沙哑的嗓音说。他的脸上充满光泽，站累了就把重心从一条纤瘦的腿转移到另一条上。他接着说，“唐帮助过深池医院的很多病人——几百个吧，当他找到我的时候，你应该还记得吧，那时候我有多暴躁易怒。我几乎是将他扔出房间的。可是唐一直来找我，最终我迈出了第一步。我承认自己软弱无力，已经没办法掌控自己的生活了。于是我将自己交给上帝的力量。现在，我又一次走到了第四个阶段，开始勇敢地追寻自身的道德品质，因为没有人能够快速做完这十二个步骤，我们需要一步一步循序渐进，做完一次之后就再从头做一次。匿名戒酒互助社是一项内涵丰富、永无止境的事业。维多利亚医生，你去参加唐的追思会吗？”

我本来没打算去，但是兰普曼先生的活力和他仿佛要溢出来的健康力量将我牢牢地抓住了。现在的他不仅仅是甩开了病魔，他变得很健康。透过光润的皮肤、来回变换的支撑脚、嗓音、头发和眼睛，健康的光芒不停地闪烁。医学将兰普曼先生从死亡线上拉了回来。但是让他变得这么健康的却是一些别的什么东西，那或许就是唐·泰勒的付出。于是我决定和兰普曼一起参加唐的追思会。

*

由于小礼拜堂正在关闭翻修，所以泰勒先生的追思会在图书馆举行，那里的气氛同样也很适合举行这样的仪式。

图书馆很安静，通风也好，里面弥漫着书香，入口处有一张嵌入式的橡木大桌子，桌腿上雕刻着狮子的图案。图书馆和小礼拜堂一样历史悠久。它建成的时候，手术室还没有贴青瓷砖，美容院里也还没有金属吹风机这样东西。在图书馆建成的年代，当人们谈论“自由”的时候，这个词意味着工作之后的空闲，可以自由自在地阅读和思考。

到达图书馆的时候我吃了一惊。偌大的空间里居然站满了人，排成数排的椅子现在已经被人们坐满，其他人就站在座位后方的空地上，或者站在每排书架前的空间里。我已经没地方落脚了，于是找到后方的一张桌子，坐在上面，向前望去是一大片人海。在一排排折叠椅的旁边，我看见了许多轮椅。轮椅背上挂着拐杖和脏牛仔服。许多轮椅上的人的肩头都有文身。和我一样站在后面的是医院的工作人员——几位医生、护士、营养师和心理医生。尽管在场的人实在不少，但是整个图书馆却很安静，只是偶尔有低语的声音。

房间的最前方，唐·泰勒先生的大幅照片被打印出来，放在画框里。看到他的照片，我依稀回忆起这个人来。他个子不高，性格不特别外向，面孔也并不帅气。他的耳朵生得很低，鼻梁不高，眼角向下。这种面貌一般是胎儿在母亲子宫内受到酒精影响才会产生的。因此，我推断泰勒先生不仅受到遗传性酗酒的影响，环境因素也会加重他酗酒的问题。

就在这时，第一位发言人站起来，走向主席台。他的胡须刮得很干净，身穿一件浆洗过的白色开领衬衣和牛仔裤，裤缝有清晰的折痕。他介绍说，自己是唐的远房表兄，但是唐十二岁的时候就搬到了他家里与他们同住，所以对唐的事情非常了解。唐三岁的时候，他的母亲就因为酗酒离开人世；十一岁的时候，父亲因为吸毒也去世了。唐花了一年时间才找到一个愿意接纳他的家庭。

大家都知道，唐是个非常贴心的人。他是一个很棒的人，但是他学生时代的表现并不好。他在快二十岁的时候，沾染了毒品、酒精，甚至开始犯罪。倒没什么重罪——不过是小偷小摸，但他最后还是进了监狱。可是唐后来一直说，幸亏他进了监狱，才有机会在监狱里参加了匿名戒酒互助社。此后他整个人面貌一新，还戒除了酒瘾，而且他的变化不止于此。正像互助社所教授的那样，唐一步一步地完成那重获新生的十二个步骤。当他走到第十一步的时候，他祷告冥想，将自己交给上帝，请求上帝示下神意。神意告诉他，去做匿名戒酒互助社的导师。他就这样去做了。

唐是多么好的导师啊！

他是互助社所有导师的导师，是他们的领路人、兄长和挚友。无论人们是否需要，他总会出现在人们身边，随时准备提供帮助。当深池医院请他来工作的时候，唐真的特别高兴！他热爱这里的工作。后来，当唐因为年轻时吸食毒品染上的疾病住院治疗时，他心里更多的是孤独，而不是对死亡的恐惧。他挂在嘴边的都是他负责的病人们。唐最常问的话是，我的病人们还好吗？没有我的帮助他们能挺住吗？

最重要的事情是，唐找回了自己，看清了自己要走的道路。那就是帮助别人看清他所看到的那件事：我们都是软弱无力的，世上存在凌驾于我们之上的力量，让我们获得真正的快乐的就是爱。

图书馆里寂静无声。我注意到那些刺着刺青的胳膊静如磐石，那些挂着金耳环的耳朵也纹丝不动。

然后，兰普曼先生站了起来。他沙哑却有力的嗓音配上洁白的牙齿、微笑的脸庞和闪烁的棕色眼睛，让他的发言十分吸引人。他一手拿着麦克风，一边讲话，一边轮流用两条腿支撑自己的重量。

“唐是我的朋友，”兰普曼先生说，“我想，唐也是在座各位中大多

数人的朋友。我们不清楚唐到底帮助了多少人走过他们人生中最黑暗的时期。就像我，当我在深池医院住院的时候，由于情绪不好乱发脾气，他们就请唐来帮我。我一次又一次地把他赶出房间，唐又一次一次地回来。最后，我接纳了他，于是唐每天都会来找我。只要是他负责的病人，唐都会每天去探访，即使周末也是一样。你随时都可以给他打电话。后来，我停止酗酒，生活也重回正轨。出院后，唐成了我的导师。他救了我的命，救了许多人的命。”

说到这里，兰普曼先生停顿了一下，他拿着麦克风，看着坐在下面的人群。轮椅中的刺青小子们纷纷点头，交头接耳。突然，我意识到此前从来没有注意到的一件事——在这间医院里，人们的命运实际上是互相交织的。当然，以前我就知道许多瘾君子彼此间一般是互相认识的，他们在公交车站那样的透明遮雨棚下（当时这种地方还可以吸烟）聊天。但此前我却从没想过，他们聊天的内容可能不只是八卦消息和陈年旧事，而也会像我和我的同事一起在小隔间和午餐桌上消磨时间时谈论一样的话题，追问某位患者的死亡，追索生命的意义，以及人是如何生活和死亡的。

和兰普曼先生一样，我也看着前方的人群。实际上，在这群被我称为“坏男孩”和“坏女孩”的人中，有多少人在精神上渴求被人关怀或者存在缺陷？或许，他们是我的所有病人中最容易受伤的一群人，他们是被人类最终都逃不开的死亡命运折磨得最为痛苦的一群人。也许，我面前的这群文过身、早衰、皮包骨头、神色阴暗的病人却是真正感情丰富的一群人。我从我的患者兰普曼先生身上同样学到了一些东西。和他一样，我的生命也是不受自己掌控的，或许我能勇敢地将自己交给上帝。还有他讲的重塑生命的十二个永远走不完的步骤，也可以像朝圣之旅一样让我投身其中。这么看来，我和面前这一群安静而专注的、被某位新逝之人触动，甚至被他重塑的人有什么不同呢？

兰普曼先生坐下了，其他人纷纷上台致辞。每一位都提到了唐如何

拯救了他们的生命。就这样，追思会一直持续了一整个下午。唐·泰勒的确救了许多人，不仅让他们免于死亡，还拯救了他们的生活。就像兰普曼先生一样，他不只摆脱了疾病，还变得健康而健全。㊟

除了被教廷封圣的那些人之外，我并不知道圣徒是什么。尽管唐也是位天主教徒，但我觉得他大概也不可能被封圣吧。不过，即便唐不能成为圣徒，他也一定是位菩萨，也就是佛教中通过修行到达净心地，自身获得圆满后又来到世间度化凡人的。他回到人间不是为了做一个光荣的殉道者，而是来找那些日常生活中像兰普曼先生一样，曾经犯下严重错误，愚蠢而易怒的人。不出所料，在追思会后的几个星期中，我不止一次地看到那些唐帮助过的人像安静虔诚的信徒一样，将他的照片放在自己的床边。

后来，我一直和兰普曼先生保持联络。那是他戒酒后的第一千七百二十四天，他回到了学校。他告诉我说自己想到青少年管教所去，想去教育和帮助那里的人，让他们——尤其是那些孩子——不要走自己的弯路。

兰普曼先生的故事，就是我在旧深池医院所学的最后一课，我当时就已经意识到这一点。这堂课就像压顶石一样，概括了我在深池医院工作以来几乎所有的收获。现代医学——包括重症监护室、输液和抗生素——非常重要。如果不是这些“现代医护模式”，兰普曼先生绝不可能战胜致命的肝病。但是光有现代医学是不够的。兰普曼先生同样需要深池医院的慢疗、希尔德加德的理念和前现代医学体系。时间、不急功近利地慢慢给药还有膳食、静谧和愉悦三位医生让兰普曼先生完全康复。但即使如此也仍然不够，还需要一位唐·泰勒先生，用生命的意义和爱一劳永逸地拯救了兰普曼先生的生命。

*

兰普曼先生和唐·泰勒的事情完结之后，我向医院告了长假。但我

保证在我们从旧院址搬进新医院大楼的那天，我一定会回来。

自从丹医生意识到医院的搬家需要制订周全的计划开始，医院的行政部门就开始组织这件事了。不过，米琳和阿德里安并没有采用丹医生提出的那种家庭作坊式的计划，他们聘用了三家专业的咨询公司，耗时两年，花费了五十多万美元来策划医院工作人员和病人的转移方案。他们弄出了一大堆备忘录、工作小组、幻灯片演示会、月度搬迁训练课和搬迁演练日。还有许多次的延期：索南医生和丹医生被辞退，康利先生离世，凯医生和罗梅罗医生的举报，以及司法部来医院检查。㊟导致搬迁日期被推迟的大多数原因，还是新院舍本身出现了问题。

因为机房里有一些线接错了，然后在重新返工中又出现了一些错误疏漏，这导致南楼四楼的马桶在冲水的时候造成北楼三层的供暖系统断电了。每当下雨，北楼五层就会积水。大楼里还有老鼠会啃食电线。州里的几位建筑检查员在工程验收的时候无法对医院能否拿到许可达成一致意见。电梯、楼梯间、隐藏的摄像机和电子锁设备都存在问题。这些还仅仅是我们听说的问题而已。

但是在花掉一千万美元，历时三年之后，医院终于决定在12月7日和8日两天进行搬迁。说来很巧，12月7日是珍珠港事件纪念日，一半病人会在这一天搬迁；而12月8日是佛陀觉悟日，另外一半病人会在这一天也搬进新的医院。在我看来，这两个日子的选择既有些讽刺，看上去又挺吉利。我以志愿者的身份报了名，去帮助患者们搬迁。

搬迁的第一天，我在老地方停车，然后按照医院的指示到达活动大厅。大厅里挤满了桌椅和医院的工作人员。搬迁之前我在所有需要填的表格上签了字：我保证在搬迁的过程中，不会伤害任何患者；而一旦我自己受到了伤害，也清楚该向谁求助。分给我的任务是监督新大楼里的电梯运行。新大楼里只有一部电梯是可以正常运行的，所以我的职责就是确保只有患者才可以使用这部电梯，其他人只可以走楼梯。

我向负责报到的工作人员确认，楼梯间的锁是否打开了。

那位工作人员看起来有点疑惑。不过她告诉我，对，楼梯间应该没上锁。然后她分给我一部特殊的手机，可以在需要的时候联络中控室。她还给我一件紫色的志愿者T恤让我套上。医院为每个人都专门准备了T恤，蓝色是工作人员的，而紫色的是给志愿者的，以示区分。这次活动结束后，我可以把它留下来作为纪念。

从旧医院前往新医院大厅的途中，天下起蒙蒙细雨。到达新楼之后我立即去检查了楼梯，不出所料，楼梯间的门果然是锁着的，而联系中控室的手机根本没有充电。于是我只好把T恤放在一边，坐在大厅里的一把新椅子上，等着我的朋友们过来。不久后，大部队抵达。语言治疗师、活动治疗师、医生、心理医生全都来了，但是没穿任何颜色的T恤。他们一来，我们就手忙脚乱。接着，杰弗斯医生也到了，他今天也是志愿者，于是我们一起在新大楼里溜达。后来，我们到了餐厅，在那里我们遇到了原来精神健康康复中心的护士，他们被米琳医生从县医院调到了这里帮忙。他们的任务就是坐在餐厅外面，监督患者们从旧医院搬过来的过程。

直到我们搬迁的这一天，连接新旧医院之间的连廊还没有按期竣工。实际上这条连廊已经修好了，只是没有通过竣工验收。所以，州政府仅允许每次一位病人从上面通过，且要用白色塑料带标出通行路线，还要使用建筑照明。医院的工作人员则分别等候在连廊的两头，安排旧院舍的患者们走出电梯，一位一位在连廊前面排队通过。就这样，旧医院的患者们以病房为单位逐步转移。一旦所有事情完成，工作人员就会给出一个信号，然后下一个病人才可以离开旧院舍，走进连廊，然后再穿过它走到新院舍去。由于这是病人们第一次见到新医院的内部，每个人刚走出走廊就都伸长了脖子到处参观，被明亮的灯光照的直眨眼，就像发现了新大陆一样。更准确地说，就像新生儿刚从产道里钻出来一样。接下来，他们被安排到各自的新房间，而下一位患者将要踏上从旧

院舍前往新院舍的道路。

我和杰弗斯医生挑了个视野很好的座位坐下，看着患者们搬家。

截至当天晚上，一半的患者已经搬进了新医院。第二天，剩下的一半患者也会搬过来，旧医院就要关闭了。

*

回家的路上，我回想着这次的搬迁的确准备完善，进行得有条不紊。只少了一件事：那就是完全没有人想过给旧医院办一场仪式，来纪念它生命的终结，这太糟了。需要搞一场仪式，就好像是莱斯特小姐当年带着医生、护士和牧师们所做的最后一次查房。这样的仪式，可以让旧医院里的魂灵得到安息，铭记在旧病房里所见证的种种苦难和付出。

我其实不需要为此感到忧虑。在搬迁的第二天，人们在格蕾丝医生的组织下，自发为旧医院办了一场纪念仪式，这场仪式好过任何计划过的仪式。

格蕾丝医生是深池医院真正的佛教徒。我可以说，虽然因为家庭承袭或者个人喜好的原因，这里有不少人信仰佛教，但是格蕾丝医生是佛教徒中的佛教徒。她住在禅宗中心[注]，每当人们在生活中遇到难处，有解不开的心结或者难过的时候，都会去寻求她的慰藉。格蕾丝医生从不妄加论断，只是倾听人们的心事，她也很少说话。然而人们在向她倾吐完之后，都会感到心情和来之前很不一样。他们内心平静，可能即便仍有苦楚，却也感到苦乐参半。格蕾丝医生十八年前就在深池医院工作了，她是来治疗艾滋病病区的患者的。那时候正是这种传染病的高发时期，而且已有的治疗方法并不是那么奏效。她曾经告诉过我，她和她在艾滋病病区的同事汤米医生已经在一千五百多份死亡证明上签过字。

两年半之前的一天，格蕾丝医生在休息日来医院参加会议，结果在

回家的路上，一辆车急转弯时出了车祸，她头部受伤。她自己的车被撞毁了，直升机将她送到了重症监护室。经医生检查，格蕾丝医生身上有二十八处骨折和腹部的严重外伤。她昏迷了数个月，在7月4日独立日当天醒了过来。格蕾丝医生的头脑是清醒的，但是四肢花了数年才痊愈。直到现在她也只能依靠轮椅行动。

车祸之后格蕾丝医生就没有再回到医院工作，但她希望来看看这次搬家。于是我们约好在搬迁的第二天到她过去工作的艾滋病病区见面。

我在空荡荡的病房正中间找到了她。此时，艾滋病病房的患者们已经搬走了。从前旧病房墙上挂的装饰画、照片和软木板已经被拆了下来。格蕾丝医生很安静地坐在轮椅里，好像她在事故之后还来过这里一样，但她现在还充满了生活气息，而且甚至风采胜过往昔。

“其实我不觉得这有多紧张，”格蕾丝医生看着我说，“回来看看也好，记住所有住在这里的病人也好，所有在这里离世的人们也好。”

站在她旁边的是汤米医生。他和格蕾丝医生一样，也有几年没有回来过深池医院了，这次也是专门为了搬迁才来的。汤米医生向来玩世不恭，那一天的他身穿外套，头戴毡帽，鼻子上架着一副20世纪50年代流行的黑色大墨镜。

“我昨晚去参加莱纳德·科恩的演唱会了。所以决定以这样的风格来参加搬迁活动。”他为自己的夸张着装解释道。

然后，我们一起前往新医院。

我一路推着格蕾丝医生的轮椅。

这一路我才见识到格蕾丝医生有多么受人爱戴。几乎三五米就有病人、医院的工作人员或者志愿者认出她，和她打招呼，过来给她一个大大的拥抱。

“您要回来了吗？”每个人都这么问，甚至连痴呆症患者都这么问。

我们花了好久，但终于穿过中央大厅，乘电梯下楼，来到连接新旧大楼的连廊入口处。我们排队等候，没过多久就轮到我们通过这条通往新生的白色“产道”了，通道的出口十分明亮。虽然前一天已经够激动人心了，但推着格蕾丝医生，和旁边打扮成莱纳德·科恩的汤米医生一起走过去更令人心情激动。因为此刻，我们从那边，从旧医院走向新的医院大楼，我很难说清楚这条通道通往新生还是死亡。通道里明亮而整洁，尽头如白昼般的灯光越来越耀眼。

我们慢慢走出通道，这是格蕾丝医生第一次看见新的深池医院，看见它淡黄色和灰褐色的墙，看到里面照明用的卤素灯，看到硕大的窗户和装饰玻璃。

她惊叹道：“真美啊！”

我带着他们四处走走看看。我们来到之前的鸟舍，现在被改造成了一个精美的绿植区。遗憾的是，这些鸟儿没有撑过翻修。然后我们参观了餐厅，美容室，还有配备咖啡机和饮料机、阳台上的景观也极好的大厅。格蕾丝医生被深深地震撼了。近年来，她去过很多医院，也进过不少病房，所以格蕾丝医生深知什么东西最重要。看看这里，有平板电视，可以开关自如的窗户，枕头下面还有对讲机，洗手间也装着崭新的瓷砖！

下午时分，我们返回旧医院。我们以一种严重违反法令[注]的方式悄悄地逆行穿过通道，从新院舍回到旧院舍。如果我们继续把这里比喻成新生和死亡之间的通道的话，那么我觉得我们现在前进的方向就好比是由死向生，而我们三个仿佛归来的亡者。

我们在旧院舍和新院舍之间的交叉口停下了脚步，那里的旧院舍大厅里贴着20世纪30年代公共事业振兴署[注]风格的招贴画和电话交换机

房。这里是所有人停下脚步的地方。随着最后一位患者走出电梯、穿过通道，从新院舍回来的工作人员在格蕾丝医生周围站成一圈：贝内西亚医生、杰弗斯医生、米琳、阿德里安、塔莉医生，我们在一起聊天、欢笑，一起回忆过往的岁月。每当有人离开、打开这扇青铜和玻璃制的大门时，映入眼帘的都是外面矗立着的、正在注视我们的弗罗伦斯·南丁格尔的雕像。

最后，我们把格蕾丝医生送上她的小型厢式货车，自己也回到新医院。夜色渐浓，我在新医院各个“社区”之间散步。护士们把她们的旧书和医院规章手册放在护士台上，墙上贴着卷了边的排班表。患者的病历架被移出了护士站，放在后面的餐饮区里。病历室的工作人员随意地坐在崭新的餐桌边，整理着材料。患者们则在大厅里，一起喝着咖啡聊着天。

最后，我还是走回了旧医院。

这里空无一人。不知道这是院方事先就安排好的，还是大家恰巧都离开了这里。在这里，我再也看不到那些坏男孩和坏女孩，也没有小老头老太太的絮语。那个华裔清洁工再也不会在休班的时候躺在楼上的椅子里打盹休息，电梯和楼梯间也都无人问津。病房大门被沉重的铁链锁上。我从窗户朝里张望，里面漆黑一片，依稀可见墙上贴着一张旧日历，地上的一盆植物已经枯萎。

这家医院，过去的深池医院已经空了。

我的心也仿佛被掏空了。

几年来，我一直在设想搬迁会是什么样子。我一直认为深池医院的精神来自医院里的建筑。这里的拱门、塔楼、角楼、末端附有日光浴室的开阔病房，都无不散发着中世纪的好客美德。但现在，这片院区已经成了空壳，我可以看出这份精神并不在老建筑里，但是它也并没有附着

在新建筑上。此时我明白了，组成这精神内核的，不只是医院本身，也不只是住在里面的人们。它就像汞齐[注]一样，构成它的既包括了它的外表，也包含了它给人们带来的感受，还有里面发生的事情和生活的人。或许，这种精神不能从一处转移到另一处。在那些长着铁胳膊的“螳螂”把老建筑都拆除之后，就什么都剩不下来了。

或者，我也不应想得这么悲观。佛教中说，人死后灵魂会经历七七四十九天的中阴状态。或许当新旧医院转换的动荡逐渐稳定，深池医院的精神也会在这期间转世轮回，在新的深池医院中复活。它会在这座崭新的医院里重放异彩。

我在旧病房里伫立良久，思考着深池医院精神的未来走向，不知道它究竟会彻底消失还是得以重生。

我想到了新院舍。那里固然漂亮，但是却缺少一丝温暖。如果说旧医院像农家小院，破旧但温馨，新的医院就像五星级酒店，富丽堂皇却不接地气。

我不禁开始设想，在那里工作会是一幅怎样的场景。和旧院舍里不一样，随处可见的电子锁看起来并不那么好客，我得伤脑筋让护士们打开锁着的门和楼梯间，才能逐间查房。现代化的电子病历一旦上线，纸质记录将成为历史，而我再也不能翻阅一页页病历，费力去辨认朋友们的笔迹，然后亲手写下某位病人的真实故事。取而代之的是，我会长时间坐在电脑前面，输入医疗数据，让管理层们可以向人证明——深池医院在节约开支的情况下，还进行了高效的工作，能让患者在短期内康复并出院，避免浪费公共资源。这样，我哪还有时间能坐在患者床边，亲自察看他们的状况，倾听他们的故事呢？

不过，可能我真的多虑了。当一切工作走上正轨，患者们可以轻车熟路地找到休闲、放松、发呆、做梦的地方的时候，隐藏起来的摄像头可能已经坏了；机房的电线永远缠在一起分不清楚；病房的门大开着而

新的壁橱间也被人发掘出来。患者们又可以三五成群地聚集在各自钟爱的地方，然后各得其乐——有在新的和谐公园抽烟的烟民，玩麻将的华裔病人们，还有西班牙裔病人和那些文着花臂的坏男孩和坏女孩。如果真能这样，那天堂中转站的精神就会复活了，当然，它的样貌会完全不同，但它的确是鲜活的，一眼就可以认出来的存在。

我不禁又回想起在曾经的深池医院所经历的一切，以及这一切对我来说有多么弥足珍贵，这段经历改变了我的生命。在那里，我有机会接触到希尔德加德和她的医学理论。她所崇尚的慢疗尽管看起来繁杂且收效甚微，却在无形中慢慢地消除健康路上的阻碍，为生命的生机提供养分。慢疗依靠膳食、静谧和愉悦三位医生让每一位病人逐渐康复。也是在深池医院，我下定决心踏上朝圣之旅，了解了生活本是苦乐参半、动静皆宜的。

或许，如果我没来深池医院工作，在其他地方也能获得这些人生的哲理。

但是，深池医院的独特之处在于，当我长时间在这里工作，用心感受和体会，就能发现这里随处散发的好客（hospitality）、群体（community）和慈善（charity）。只有在这里，我才能毫无顾虑地以“本真”的状态面对患者，发现原来“静坐”都是可以治病的，看到许多人眼里美好的生机。

在这里，我学会了专注，心无杂念。以往，我会和患者保持距离——虽然这距离不是很远——对移情和反移情作用充满戒心。这样一来，我虽然对工作很投入，但投入得并不彻底，只不过是十五分钟的看诊、两小时的检查，这样持续两个月、最长六个月而已。后来，从柯蒂斯医生、克里斯蒂娜护士和莱斯医生、丹医生、唐·泰勒和其他许多人的身上，我逐渐发现这样做并不是最好的。一个真正优秀的医生，会陪着你去药房，看着你服下药物才会安心离开。他们告诉我，移情和反移情的真谛就是爱。其实医生和患者之间的关系，与世间的其他关系并无

不同。所以，最后我要说的是，无论将来发生什么，我都会永远记住柯蒂斯医生在我第一周来这里的时候对我说的——来“天堂中转站”工作是我生命中的恩赐。

---

1. 她的辞职信收录于www.westsideobserver.com/pdfs/nov080bsview.pdf。她关于克拉伦登大厅的想法，可参考米利亚姆·沃尔什修女著，“Farewell to Laguna Honda’s Clarendon Hall”，收录于West ofTwin Peaks Observer2008年4月号，可在www.stoplhhdownsize.com/Media08-04_Observer1.html 找到。她的小传请参见Patrick Monette-Shaw著“Laguna Honda’s Torchbearer, Sister Miriam Walsh”，收录于www.westsideobserver.com/pdfs/feb10e-mail（5）.pdf 。我有关于米利亚姆修女的许多故事。我特别喜欢的一个故事是，她在办公室外面设了一个小盒子，盒子里装了一些纸条，上面印着一些你希望她为你祈祷的人。你可以在里面找到“母亲、父亲、儿子、女儿或者在炼狱中无人为之祈祷的灵魂”。

2. 有许多事情对这些新的市场营销举措造成了破坏。比如说，在深池医院的网站上，许多“患者”的照片其实并不是深池医院的患者，而是在其他医院的花园里散步的患者。

3. 作者此处所提到的医学之道和护理之道，指的分别是通过医术或护理使患者恢复健康的一种思想。然而所谓卫生保健与传统的医学和护理学都有不同，这种思想将医疗看成一种单纯的服务行业，将医患关系看成单纯的客户与服务提供者的关系，因此丹医生的思路与当时深池医院所处的社会环境和医疗业的发展方向格格不入。作者在这个问题上其实对丹医生是十分同情和理解的。

4. 安妮·博林是英王亨利八世（1491年出生，1509—1547年在位）于42岁时迎娶的第二任妻子。亨利因怀疑第一任妻子（阿拉贡王国的凯瑟琳公主）无法生出男性继承人而强行与其离婚。这导致了罗马教廷将英王开除出天主教会，以及随后英国国教会的独立。然而，由于与第一任妻子一样未生出男性继承人（她们各只生下了一个女儿，分别是后来的玛丽女王和伊丽莎白一世女王），三年后安妮·博林被逮捕，后被斩首。亨利八世一生共娶了六个女人，其中有两个人被他亲自下令处死。

5. 这份组织图可以在网上找到，尽管其日期被错误地标成了2005年，正确的日期是2009年4月2日（参见www.docstoc.com/docs/9216131/lhh-Org-Chart-2005）。康利先生的个人简介和对追思会的描述，以及斯坦因医生对米琳的任命公告，都可参阅The Laguna Honda Grapevine第22期（2009年3月23日号）。

6. 罗梅罗医生报告了一件事，有一回瑟夫医生到患者床边去劝这位患者，不要回到县医院去。然而是罗梅罗医生安排患者这样做的。这件事摘自《关切声明——患者的权益与医生的责任》（2009年11月17日，私人通信内容）。

7. 戴维斯·亚的报告请参阅“Evaluation and Assessment of Laguna Honda Hospital Behavioral Care and Service Access: A Final Report”，收录于

www.dyja.com/sites/default/files/u20/LHH%20Report%20FINALDRAFT%207.31.09.pdf。其建议措施被放到了另一份未公开的文件中，名为“Building a National Center of Excellence in Long-Term Care and Rehabilitation”（2009年2月25日，私人文件）。关于凯医生和罗梅罗医生的报告，请参阅“The Ja Report, A Job Half Done: A Critical Analysis”，收录于www.stoplhhdownsize.com/A_Critical_Analysis_of_the_Ja_and_Associates_Report_on_LHH_S另外一份批判文章是由市里的长期护理事务巡视员Benson Nadell写的“Thoughts on the Davis Ja Report: The Move Away from a Medical Model of Care”，发表于2009年10月6日，收录于www.scribd.com/doc/20905466/10-7-09-03-san-franciscos-long-term-care-ombudsman-s-thoughts-on-the-davis-ja-report-concerning-laguna-hondahospital。

8. 在戴维斯·亚报告的全部内容会中，最让人眼界大开的可能就是“医学模式”应该被“社会护理模式”取代的想法。我花了很长时间来理解这一提法。很明显，“护理的医学模式”指的并不是现代医学的疾病－病因－治疗方法－科学思想的这一套方法。实际上，在长期护理这一领域中，“医学模式”意味着一种特殊的医院架构，这种医院的病人被按照其患病种类来分类，其管理模式是自上而下的，而医生们拥有特殊的地位。但新的思路中，对于需要疗养服务的病人来说，他们所需要的是一个不那么像医院，而更多类似于家庭的地方。关于这方面的更多内容，可参见www.pioneernetwork.net。然而戴维斯·亚的报告使用“医学模式”的方法甚至与上面所说的那种意义不一样，他指的是“将身体健康凌驾于精神健康和药物滥用之上”（见该报告第21页）。而他将“医学模式的强加于人”和“医学博士们在专业领域的支配地位”联系到了一起（见第20页）。因此，社会护理模式是一种照顾患有精神疾病的药物滥用者（即吸毒者）的行为规范，而这些人正是斯坦因医生在近十年的时间里一直想要从精神卫生康复机构塞进我们医院的病人。

9. 建立深池医院的患者捐赠基金是一个十分了不起的创举。我一开始是从梅洁医生那里听到关于它的事情的。心怀感激的病人、家属和慈善家们将大约200万美元捐赠给医院，专门用于满足患者微不足道的日常需求。患者捐赠基金出钱给特莉·贝克买了回阿肯色州与家人团聚的机票；它出钱把保罗的东西收好；拉德卡给还在保加利亚的儿子打电话的费用也是它出的。梅洁医生和莱斯特小姐十分谨慎地使用这笔钱，只拿这笔基金的利息充作花销，而早在充任医务部主任的时候，罗梅罗医生就清楚地知道它的使用情况。当她听说这笔200万的基金被花光了之后，她和凯医生开始调查。他们阅读了至少1300份文件，发现这些钱有很多都没有被花在患者身上，而是用来举办工作人员的聚会、支付护士训练课程和报销管理人员的差旅费，我最感兴趣的一笔开销是给管理部门的套房里安装博物馆级别的优质画框所花掉的5015美元的账单。解释不清的开支共有74.5万美元。这方面内容可参见“Cost Shifting at Laguna Honda Hospital”，收录于www.stoplhhdownsize.com/Part%201%20-%20LHH%20Gift%20Fund%20Cost%20Shifting.pdf。凯医生的反诉案可参见“Case No. ?380-10-505443: Complaint for Damage and Demand for Jury Trial, Superior Court”，KGO-TV在2010年5月20日报道了该案。

10. 我在这里合并了2010年1月4日、3月5日和5月3日的三次会议和三份备忘录。

11. 她是这么说的：“相比一个秩序井然的医院，患者在这样的机构里可以得到更好的照

料：这里的医生和护士（或者修女）之间，学生、舍监、总管、司库和偶尔才来的访客之间，世俗当局和宗教机构之间永远有摩擦存在。”（南丁格尔，《医院札记》第184页）

12. 要来一次新院舍的虚拟之旅，可访问www.lagunahonda.org。

13. 乐烧雕塑，一种日式陶器。

14. 参见第六章里作者对日内瓦医科大学附属医院餐厅的描述。

15. 姐妹，英语中的sister一词单独出现时，是无法区别到底指的是“姐姐”或是“妹妹”的。

16. 让我觉得十分奇妙的是，匿名戒酒互助社的灵感来自于卡尔·荣格。他对他的病人Rowland Hazard说（这位病人来找荣格医生治疗酗酒），除非在精神上脱胎换骨，不然后者的酗酒症是无望治愈的。“你能做的一切，就是让自己置身于一种自我选择的宗教气氛之中，承认你无力继续管理自己的生活。”荣格向他推荐了牛津小组（Oxford Group），Hazard后来在这里完成了精神上的转变，并将其原则整合成了十二个步骤。BillW给荣格写信讲述了这段故事，荣格在回信中说“对酒的渴求是我们对整体的精神渴求在较低层次的等价物。用中世纪的语言来说，就是与神合一……拉丁语中，酒就是spiritus（即精神）……治疗的方法就是‘spiritus contra spiritum’”（Bill W致荣格的信，1961年1月23日）。这一点引起了我的注意，因为教导我在天堂中转站的最后一课的人——荣格，同样也是启发我来到这里的那个人。

17. 唐·泰勒的真名是汤姆·劳勒，既然他从来没做过我的患者，我认为说出他的真名是符合伦理和法律的，我愿意这么做是因为他的名字应当被人记住。他的讣告是这么说的：“R.托马斯·劳勒——汤姆将被道尔家和许多正在康复的朋友铭记。汤姆在二十年间过着清廉的生活，一直触动着不计其数的人。汤姆热爱他的工作、他的病人和深池医院的整个社区。”《旧金山纪事报》2009年3月6日刊。

18. 英语中“健康”一词“health”的词根是“hál”，这个词的变形“hale”现在的意思仍为“强壮”。“健康”、“健全（whole）”这些词都是来自于同一个德语词根，那就是“hwol”，意为“健全”、“无伤”。

19. 司法部和残疾人权益保护人士仍然在继续斗争以关闭这些机构。他们现在将目标设定为长期护理机构。参见Anna Wilde Mathews，“Feud over Best Setting for the Disabled”，《华尔街时报》2011年1月24日号，第4版。

20. 禅宗中心，曹洞宗（禅宗支派）在美国的活动场所，旧金山的禅宗中心是美国西部曹洞宗的主要活动基地。

21. 即违反州政府之前对该通道的通行所做出的规定。

22. 公共事业振兴署，罗斯福新政中为了减少失业而设立的一家政府机构。

23. 汞齐，即汞合金，是液态的汞与其他固态金属互溶之后形成的合金。